

Inspección del arnés contra caídas

Fecha _____

Sitio o lugar _____

Nombre del trabajador _____

Número o serie del arnés _____

Número o serie de la cuerda de seguridad _____

Persona competente (si lo revisó) _____

Arnés	Pasa	Falla	N/A
Las cintas no tienen cortes, deshilachados, quemaduras ni daño por químicos	☐	☐	☐
Las cintas no están tiesas, vidriosas ni descoloridas	☐	☐	☐
Las costuras están completas, sin hilos jalados ni rotos	☐	☐	☐
Los anillos en D no están doblados, rajados, oxidados ni gastados	☐	☐	☐
Las hebillas funcionan, no se resbalan y no tienen daño	☐	☐	☐
Los ojillos y los retenes están en su lugar	☐	☐	☐
Las etiquetas están y se pueden leer	☐	☐	☐
La etiqueta o el registro de inspección está vigente	☐	☐	☐

Cuerda de seguridad y conectores	Pasa	Falla	N/A
La cuerda de seguridad o la línea de vida no tiene cortes, deshilachados ni quemaduras	☐	☐	☐
Los ganchos y mosquetones cierran y se traban por completo	☐	☐	☐
Los seguros y las trabas funcionan sin atorarse	☐	☐	☐
El absorbedor de impacto está completo y no se ha activado	☐	☐	☐
Los herrajes no tienen grietas, óxido ni dobleces	☐	☐	☐
Los equipos tienen la capacidad indicada y son compatibles entre sí	☐	☐	☐

Antes de usarlo	Pasa	Falla	N/A
Se siguieron las instrucciones del fabricante para este equipo	☐	☐	☐
El equipo no se ha usado en una caída	☐	☐	☐
El punto de anclaje está identificado y es adecuado	☐	☐	☐
Hay un plan de rescate para este trabajo	☐	☐	☐
Se revisó si se necesita protección contra caídas, según OSHA 1926.501	☐	☐	☐
Todo equipo del que tenga duda se saca de servicio	☐	☐	☐

Defectos encontrados y acción tomada

¿Se sacó de servicio? ☐ Sí ☐ No Reportado a _____

Firma del inspector _____ Fecha _____

Revisión del supervisor _____ Fecha _____