

 <p>GOBIERNO de CANTABRIA</p> <hr/> <p>Consejería de Educación del Gobierno de Cantabria</p>	<p align="center">DPTO. INSTALACIÓN Y MANTENIMIENTO Grado Superior de Prevención de Riesgos Profesionales</p> <p align="center">Curso 2017-2018</p> <p>Riesgos derivados de las condiciones de seguridad</p>	 <p align="center">Centro Integrado DE FORMACIÓN PROFESIONAL número UNO</p> <p align="center">Santander</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Actividad nº : --→ Nombre alumno:

Tras la lectura del documento guía orientativa de protectores oculares y faciales del INSHT., responde a las siguientes cuestiones:

- a. Enumera los tipos de montura
- b. Marcado de los oculares
- c. Marcado de la montura
- d. ¿Qué protección facial deberá llevar un soldador de TIG?
- e. ¿Qué significa el marcado 3 - 2,5 X 1 S K N? ¿Y el marcado X 166 3 4 9 BT?
- f. Resistencia mecánica de los oculares.
- g. Selecciona el tipo de protector facial/ocular para los siguientes lugares de trabajo: Minería, buque pesquero de altamar y laboratorio farmacéutico.
- f. Cumplimenta la lista de control para la adquisición de gafas de protección para el trabajo de tornero.

DATOS DE CARÁCTER GENERAL			
Tipo de empresa/sector de actividad _____			
Tarea ejecutada _____			
DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS Y LAS CONDICIONES EXISTENTES EN EL TRABAJO Y SU ENTORNO	(poner una cruz en la columna correspondiente)		PRECISIONES ADICIONALES (obligatoriamente para los puntos marcados con asterisco *)
	SI	NO	
RIESGOS MECÁNICOS			
Impactos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Partículas a gran velocidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Astillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Perforación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
RIESGOS TÉRMICOS *			
Frio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temperatura °C Duración exp. h/día
Calor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temperatura °C Duración exp. h/día
Proyecciones de metales en fusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
RIESGOS QUÍMICOS *			Naturaleza de los productos químicos
Polvos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Líquidos corrosivos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sustancias tóxicas o corrosivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
RIESGOS DERIVADOS DE RADIACIONES *			Naturaleza de la radiación
Soldadura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Radiaciones ultravioleta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Radiaciones infrarrojas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Radiaciones láser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Radiaciones solares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Radiaciones ionizantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

CONDICIONES EXISTENTES EN EL TRABAJO Y SU ENTORNO	(poner una cruz en la columna correspondiente)		PRECISIONES ADICIONALES (obligatoriamente para los puntos marcados con asterisco *)
	SI	NO	
PUESTO DE TRABAJO			
Lugar de trabajo			
Zona tranquila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zona de paso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cerca de otros puestos de trabajo..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Exterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cerca de superficies reflectantes ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
TAREA			
Necesidad de equipos de protección adicionales			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Exigencia visual			
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alta precisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Frecuencia de utilización			
Esporádica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Constante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Variable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Necesidad de reconocimiento cromático			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

CONDICIONES EXISTENTES EN EL TRABAJO Y SU ENTORNO	(poner una cruz en la columna correspondiente)		PRECISIONES ADICIONALES (obligatoriamente para los puntos marcados con asterisco *)
	SI	NO	
Distancia entre el ojo y el objeto trabajado			
Constante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Variable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Necesidad de visión periférica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ASPECTOS INDIVIDUALES			
Capacidad visual			
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Deficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Corrección óptica utilizada			
Gafas graduadas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ninguna.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<p>Otros datos útiles para la especificación de los equipos de protección ocular y facial:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			