

Registro de control de derrames y limpieza de derrames



Fecha del registro	Lugar	Hora de limpieza	Limpiado por	Colocación de letrero/¿Otro control?	¿Ocurrió algún accidente o lesión?
		AM PM		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
		AM PM		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
		AM PM		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
		AM PM		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
		AM PM		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
		AM PM		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
		AM PM		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
		AM PM		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
		AM PM		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
		AM PM		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
		AM PM		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
		AM PM		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
		AM PM		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
		AM PM		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
		AM PM		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No

* Si respondió que sí ocurrió un accidente o lesión, asegúrese de llenar un informe de accidente. Véase el formulario #CMO-0449AO-S de Nationwide®