

## GUIA DE TRABAJO PRÁCTICO DE AULA N°1

**TEMA: NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD EN EL LABORATORIO Y EN EL CAMPO.**

**OBJETIVO:** Conocer y practicar normas necesarias para garantizar la seguridad durante el desarrollo de los trabajos en laboratorios y los viajes de campo.

De acuerdo a lo solicitado en la Ord. N° 156/08 CD. **QByF NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD EN EL LABORATORIO**

**METODOLOGIA:** Explicación y ensayo piloto de las acciones necesarias para la seguridad de la actividad del alumno tanto en los laboratorios como durante los viajes de campo. *Indicar* vías de escape del edificio. Completar una ficha de salud individual.

**TEMÁTICA A DESARROLLAR:**

Normas de seguridad. Acciones preventivas y remediales.

<b>Ejercicio N° 1:</b>
------------------------

Elaboración de una síntesis de lo expresado durante la explicación por parte del docente.

<b>Ejercicio N° 2:</b>
------------------------

Completar la ficha de salud de la siguiente página.

Apellido y Nombre:		
Fecha:		
Evaluación:		

Ficha de salud

**Departamento de Geología UNSL**

Alumno/a:..... D.N.I. N°.....

Materia:.....

Dirección:..... Tel.:..... e- mail:.....

1) ¿Es alérgico? (SI) (NO) ¿A qué?.....

Si es alérgico al algún medicamento especificar cuál/es:.....

2) ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una cruz):

- a) Procesos inflamatorios ( )
- b) Fracturas o esguinces ( )
- c) Enfermedades infecto-contagiosas ( )
- d) Otras.....

3) ¿Toma alguna medicación\*? (SI) (NO) cuál:.....

4) Grupo sanguíneo y factor: .....

5) Tache lo que **no** corresponda:

- ¿Fue operado de apendicitis? (SI) (NO) - ¿Es asmático? (SI) (NO)
- ¿Sufre de agorafobia? (SI) (NO) - ¿Sufre de claustrofobia? (SI) (NO)
- ¿Es hipertenso? (SI) (NO) - ¿Es hipotenso? (SI) (NO)

- Se colocó la Vacuna Antitetánica (Fechas-Refuerzos) (SI) (NO) Fecha .....

6) Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:.....

.....

.....

7) ¿Tiene obra social? (SI) (NO) ¿Cuál?.....N° de carnet:.....

8) En caso de emergencia contactar a:

	Parentesco	Apellido y Nombre	Dirección	TE
1				
2				

Declaro conocer y comprender los riesgos que pueden ocurrir durante las actividades y los viajes de campo y de laboratorio. Al mismo tiempo, declaro haber cumplimentado con veracidad la presente ficha de salud y, en caso de emergencia, autorizo, expresamente a los profesionales médicos para que actúen según lo dispongan las circunstancias.

.....

Lugar y fecha

.....

Firma del interesado

\* Se recomienda a aquellos que puedan tener predisposición a sufrir algún tipo de afección (respiratoria, cardíaca, etc.) disponer de la medicación necesaria recomendada por un médico en caso de sufrir un cuadro principalmente durante los viajes.