

Attachment A:
Inspection Forms

Informe de Inspección de Prevención de Incendios

Núm. de caso:		Clasificación:		Fecha:		Pag. ___ de ___	
Nombre del ___ Edificio / ___ Solar / ___ Establecimiento				PROPONENTE (SOLICITANTE)			
Dirección Física:				Dirección Postal:			
Pueblo:		PR	Teléfono:		Correo Electrónico:		
Dueño del Edificio:					Tipo de Uso:		
Teléfono:			Asegurado con:				
Tipo de Construcción	Paredes exteriores:			Pies cuadrados:			
	Paredes interiores:			Número de pisos:			
	Techo:			Capacidad Máxima :			
Salidas de emergencia	Adecuado	Deficiente	N/A	Riegos de Incendios	Adecuado	Deficiente	N/A
001 Cantidad Existente				111 Líquidos/Gases Inflamables			
002 Distancia de Recorrido				112 Sustancias Combustibles			
003 Dirección al Abrir				113 Materiales Peligrosos			
004 Condiciones				114 Sistema Eléctrico			
005 Rotulaciones				115 Limpieza y Orden			
006 Cierre Automático				116 Maquinaria y Equipo			
007 Cerradura				117 Equipo de Cocina			
008 Iluminación				118 Áreas de No Fumar			
009 Alumbrado Emergencia				119 Operación de Plantas G.L.P			
010 Otros				120 Operación Estaciones de Gasolina			
				121 Otros			
Equipo de Protección Contra Incendios	Adecuado	Deficiente	N/A	Planes de Emergencia	Adecuado	Deficiente	N/A
221 Rociadores Automáticos				331 Planes de Emergencia			
222 Siamesa				332 Plano de Desalojo			
223 Manguera de Incendios				333 Brigadas/Escuadras de Incendio			
224 Extintores Portátiles				334 Adiestramiento			
225 Detectores de Humo				335 Simulacros			
226 Alarma				336 Capacidad Máxima Permitida			
227 Hidrantes				400 Precauciones Generales			
228 Licencias para Servicio							
229 Otros				Endosos, Certificaciones y Permisos			
				500 Solicitado			
				Nuevo ___/Renovación ___/			
OBSERVACIONES:							
Fecha de Re-inspección:							
Deberá cumplir con los siguientes requerimientos en la fecha indicada							
Código		Fecha					
		D	M	A			

Certifico: Yo certifico que este informe de inspección, ha sido realizado en mi presencia _____, (Dueño ___/ Administrador___/ Encargado___) de la referida propiedad, hoy, ___ de _____ de _____. A las ___:___ AM ___PM/ en _____, P.R.

Nombre: _____ Firma: _____

Se le enviará notificación de resultado de inspección por correo electrónico (e-mail). Al recibo de esta notificación tendrá 15 días calendario, venciendo en la fecha de re-inspección, para que cumpla con cada uno de los requerimientos señalados. El incumplimiento de este término será causa suficiente para archivar el caso. Este término no será prorrogable a menos que medie justa causa, en cuyo caso deberá solicitar tiempo adicional por escrito dentro de este mismo término. El cumplir con las condiciones aquí indicadas no le exime de que el Cuerpo de Bomberos de Puerto Rico, realice una inspección en cualquier momento razonable para velar por que se cumpla con la Reglamentación Vigente, incluyendo lo establecido en el Reglamento Conjunto.

Nombre y Firma Proponente
 Número de Teléfono: _____

Nombre y Firma Inspector

INFORME DE RECOMENDACIÓN SALUD SANITARIA

Núm. De Caso: _____ Dueño o Inquilino: _____
 Nombre del Negocio: _____ Tel: _____ E-mail: _____
 Dirección Postal: _____ Dirección Física: _____

USO: _____

Tipo de Solicitud:

- Uso
- Construcción
- Desarrollo
- Consulta
- Otros: _____

Material

- HA y B
- Madera y zinc
- Mixto
- Gybsum Board
- Otros: _____

Dimensiones:

Planta:

- Sótano
- Primera
- Segunda
- Tercera
- Otros: _____

Permisos existentes:

- Lic. Sanitaria
- Endoso Bomberos
- Uso
- Construcción

Clasificación:

- Comercial
- Residencial
- Industrial
- Público
- Institucional
- Turístico
- Agrícola

Edificación:

- Estructura
- Edificio Accesorio
- Local
- Solar
- Otros: _____

Condiciones edificación:

1. Pisos

- Desconchados
- Necesitan reparación
- Necesitan Limpieza
- Adecuados

2. Paredes

- Grietas
- Pintura
- Limpieza
- Necesita reparación
- Adecuados

3. Techos

- Plafón
- Acústico
- Necesita Reparación
 - Filtraciones
 - Huecos
 - Desprendimiento
 - Pintura
 - Techo
 - Otros: _____

4. Puertas

- Tiradores
- Cierre automático
- Limpia
- Pintura
- Necesita Reparación

5. Ventanas

- Tiradores
- Cierre automático
- Limpia
- Pintura
- Necesita Reparación

6. Ventilación

- Natural
- Mecánica
- Adecuada
- Deficiente

7. Iluminación

- Adecuada
- Deficiente

8. Baños:

- Hombre
- Mujer
- Uno Solamente
- Requiere Variación
- Adecuada
- Necesita Reparación

Ventilación

- Natural
- Mecánica
- Deficiente
- Adecuada

Iluminación

- Adecuada
- Deficiente

Inodoros

- Limpios
- Liqueo

- Rotos
- Defectuoso

Lavabos

- Limpios
- Liqueo
- Rotos
- Jabón
- Defectuoso
- Papel Toalla
- Paredes**
- Limpias
- Enchapadas
- Pintura
- Necesita Reparación

Mamparas (Screens)

- Limpias
- Necesitan Reparación
- A prueba de sabandijas
- Sí
- No

Comentarios: _____

Certifico que este informe de inspección, ha sido realizado en mi presencia _____,
 (Dueño ___/ Administrador___/ Encargado___) de la referida propiedad, hoy, ___ de _____ de
 _____. A las ____:___ AM ___ PM/ en _____, P.R.

Nombre: _____ Firma: _____

Se le enviará notificación de resultado de inspección por correo electrónico (e-mail). Al recibo de esta notificación tendrá 15 días calendario, venciendo en la fecha de re-inspección, para que cumpla con cada uno de los requerimientos señalados. El incumplimiento de este término será causa suficiente para archivar el caso. Este término no será prorrogable a menos que medie justa causa, en cuyo caso deberá solicitar tiempo adicional por escrito dentro de este mismo término. El cumplir con las condiciones indicadas no le exime de cumplir con los requerimientos del Departamento de Salud Ambiental para el cumplimiento con la Licencia Sanitaria.

Nombre y Firma Proponente _____
 Número de Teléfono: _____

Nombre y Firma Inspector _____