|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Operador #:** |  | **Nombre de la Operación:** |  | **Fecha:** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1. Productos para el control de plagas utilizados desde la última inspección (por favor indíquela incluso si se tiene contratado un servicio de control de plagas). [ ]  No se usan. |
| **Sustancia y Marca** | **Plaga a tratar** | **Lugar de uso** | **Método de aplicación** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 2. **Estándares OCIA** – Si aplica a los nuevos productos utilizados. Si se usan anticoagulantes, por favor explique cómo y sobre qué bases se usan. [ ]  No corresponde |