

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____ HORA: _____ MARCA: _____

REQUISITO A EVALUAR	PREGUNTA PARA VERIFICAR EL REQUISITO	CUMPLE		HALLAZGO U OBSERVACION
			NO	
FLUJOMETRO	La condición y operación es adecuada?			
VAPORIZADORES				
MANOMETRO DE PRESIÓN O2-AIRE				
CIRCUITO DE ANESTESIA				
CANISTER				
FUELLE VOLUMETRICO VENTILADOR				
PRUEBAS DE FUGA				
ALARMAS				

OBSERVACIONES

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO ANESTESIOLOGO: _____