

| | | | |
|---|--|---------------|--------------|
|  | PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VIDEO | FCV | |
| | LARINGOSCOPIO | Versión: 5 | R-DIAH201-19 |
| | PROCESO: INGENIERÍA CLÍNICA | Pagina 1 de 1 | |

| | | | | |
|--|----------|-----------------|---|---|
| Marca: | Modelo: | | | |
| No. Inv: | Serie: | Fecha Prog. | | |
| Servicio: | Entidad: | D | M | A |
| Tiempo estandar de ejecucion por equipo: 2 horas | | Fecha Ejecutada | | |
| FRECUENCIA () MESES | | D | M | A |

| | |
|-------------------|--|
| Orden Trabajo No. | |
|-------------------|--|

| | |
|-------------------------------|---|
| Equipamiento Requerido | |
| Set de destornilladores | Artículos de limpieza y desinfección (Ver I-DIAH201-07) |
| Multímetro | |
| | |

| | | | |
|--|--|-----------------------------|-----------------------------|
| REVISION PRE-ENCENDIDO Y FUNCIONAMIENTO | | | |
| 1. | Realizar inspección general de las partes del equipo (pantalla, mango, hoja) en búsqueda de grietas, golpes o fisuras. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. | Realizar limpieza general del equipo. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. | Verificar el estado del botón de encendido y apagado (encender solo una vez) | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. | Inspección de pantalla, contraste, brillo y calidad de imagen, sin distorsiones ni manchas. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. | Revisión la iluminación del LED, debe ser continua, blanca y sin parpadeos. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. | Agitar el equipo y verificar estabilidad de la imagen del equipo sin desconexiones o interferencias. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. | Conteo de encendido del equipo | | |
| 8. | Colocar Sticker mantenimiento preventivo | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

| | | |
|------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Observaciones : | | |
| | | |
| Responsable: | Vo. Bo.Ingeniería Clínica: | Recibido a satisfacción: |

| | | |
|---|--|---|
| Elaborado Por: <i>Tecnólogo Ingeniería Clínica</i> | | Aprobado Por: <i>Jefe de Ingeniería Clínica</i> |
| Revisado Por: <i>Coordinador Ingeniería Clínica</i> | | Fecha de Aprobación: 2025-08-29 |

| |
|-------------------------------|
| Fecha de revisión: 2025-08-29 |
|-------------------------------|