

VERIFICACIÓN DE TECNOLOGÍA MÉDICA
TERAPIA INTENSIVA

FECHA: _____

EQUIPO	UTI 1		UTI 2		UTI 3		UTI 4		UTI 5		UTI 6		UTI 7		OBSERVACIONES	
	✓	x	✓	x	✓	x	✓	x	✓	x	✓	x	✓	x		
Cama																
Regulador de Vacío																
Flujómetro O2																
Monitor de Signos Vitales																
Módulo Multiparámetros																
Módulo de gasto cardiaco																
Módulo de Capnografía																
GENERAL	✓	x	No. De Equipos Encontrados // ESTATUS												OBSERVACIONES	
Central de Telemetría																
Impresora Laser																
Registrador																
Calentador de sábanas																
Electrocardiógrafo																
Compresor de Medias																
Glucómetro																
Negatoscopio																
Lámpara de exploración																
Estuche Diagnóstico																
Esfigmomanómetro rodable																
Termómetro Refrigerador	Temp. Patrón		Temp. Term													
Bombas de Infusión	No.	✓	x	No.	✓	x	No.	✓	x	No.	✓	x	No.	✓	x	
	1			6			11			16			21			
	2			7			12			17			22			
	3			8			13			18			23			
	4			9			14			19			24			
	5			10			15			20			25			

Nombre y firma del responsable del área

Nombre y firma del que realizó