


HOJA DE SERVICIO				
Fecha:	Realizado por:		Cliente:	
UBICACIÓN				
Servicio:	Departamento:		No. Piso:	
EQUIPO				
Marca:	Modelo:		No. Serie:	
Tipo de servicio:	Equipo Móvil		Equipo Fijo:	



DATOS DEL DISPOSITIVO MÉDICO			
Compra			
Fecha:	Forma Adquisición:	Documento Adquisición:	Fecha Recibido:
Fabricación:	Vencimiento Garantía:	Vida útil (años):	
Proveedor Nombre:	Teléfono:		País-Ciudad:
	Correo:		
Contacto Nombre:	Teléfono:		País-Ciudad:
	Correo:		
Instalación			
Fecha inicio:	Fecha Finalización:	Ubicación:	Encargado:

Descripción de la falla:

Resultados de inspección y pruebas:

Causas de la falla:

Recomendaciones para el equipo/usuario:
--

REGISTRO TECNICO DE INSTALACION		REGISTRO TECNICO DE FUNCIONAMIENTO	
FTE DE ALIMENTACION:	TEC. PREDOMINANTE:	RANGO DE VOLTAJE:	RANGO DE CORRIENTE:
VOLTAJE MAX:	VOLTAJE MIN:	RANGO DE POTENCIA:	RANGO DE PRESION:
CORRIENTE MAX:	CORRIENTE MIN:	RANGO DE VELOCIDAD:	RANGO DE TEMPERATURA:
POTENCIA:	FRECUENCIA:	RANGO DE HUMEDAD:	PESO:
PRESIÓN:	VELOCIDAD:	OTRAS RECOMENDACIONES DEL FABRICANTE:	
PESO:	OTROS:		

REGISTRO DE APOYO TECNICO								
	MTTO	PARTES	DESPIECE		Electrónico	Eléctrico	Neumát	Mecán
Manuales				Planos				

	Diagnostico	Prevención	Rehabilitación	Análisis de Lab	TTO y MTO de la vida
Clasificación Biomédica					

	I	IIA	IIB	III
Clasificación por riesgo				

MANTENIMIENTO: REQUIERE CALIBRACIÓN _____ PERIODICIDAD
CALIBRACION_____