



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

**SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA:**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN**

**Fecha de Impresión:**

**BITÁCORA DE ESTERILIZACIÓN**

**DATOS DE ESTERILIZADOR**

Marca:                      Modelo:                      Número de serie:

Tipo de ciclo:              Tiempo de  
ciclo:

**INICIO DE CICLO DE ESTERILIZACIÓN**

Fecha:                      Hora:                      Nombre operador:

Número de ticket de prueba biológica:

Lote:                      Modelo:                      Fecha de  
fabricación:                      Fecha de  
caducidad:

Resultado de la prueba biológica:

Número de                      Número de  
carga:                      ciclo diario:

**FIN DE CICLO DE ESTERILIZACIÓN**

Fecha:                      Hora:                      Nombre  
operador:                      Firma operador

**MATERIALES ESTERILIZADOS**