

DATOS DE UBICACIÓN					
Nombre centro			Código centro		
Servicio			Unidad		
Responsable			Planta		
			Hueco		
DATOS DEL EQUIPO					
Descripción			Modelo		
Marca			Propiedad		
Nº serie			Contacto		
Proveedor					
RECEPCIÓN					
Fecha recepción	Fecha aceptación		Fecha fin garantía		
Cumple normativa vigente y tiene marcado CE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Requiere mant preventivo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se entrega con manuales de uso en castellano	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Periodicidad		
Se entrega con manuales técnicos en castellano	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Contrato de mantenimiento	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
El equipo es acorde al pedido	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
El equipo maneja datos de paciente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
Se requiere copia de seguridad periódica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
ESTADO DEL EQUIPO	Buen estado <input type="checkbox"/>	Mal estado <input type="checkbox"/>	Obsoleto <input type="checkbox"/>		
OBSERVACIONES					
<input type="text"/> 					
REGISTRO					
Nº de inventario	Nº inventario padre		Número de serie		
Componentes del equipo	Nº inventario	Marca	Modelo		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ACEPTACIÓN					
El equipo se ha recibido/instalado correctamente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Número pedido		
Los usuarios han recibido la formación necesaria	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
El equipo es apto para su uso seguro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Importe impuestos incluidos		
Requiere EPIs	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
FIRMAS					
Mantenimiento	Compras	Servicio Asistencial	Sistemas información	PRL	Gerente Hospital
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha