



INFORME DE BAJA DE EQUIPOS ELECTROMÉDICOS

P27.1/GM1/F4
V.2

DATOS DE UBICACIÓN			
Nombre centro	<input type="text"/>	Código centro	<input type="text"/>
Servicio	<input type="text"/>	Unidad	<input type="text"/>
Responsable	<input type="text"/>	Planta	<input type="text"/> Hueco <input type="text"/>

DATOS DEL EQUIPO			
Descripción	<input type="text"/>		
Marca	<input type="text"/>	Modelo	<input type="text"/>
Nº serie	<input type="text"/>	Propiedad	<input type="text"/>
Nº de inventario	<input type="text"/>	Nº inventario padre	<input type="text"/>

INFORME JUSTIFICATIVO	
Fecha baja	<input type="text"/>
<div style="border: 1px solid black; height: 150px;"></div>	

OBSERVACIONES
<div style="border: 1px solid black; height: 120px;"></div>

ACEPTACIÓN DE LA BAJA			
Se adjunta presupuesto de reparación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Número orden de trabajo <input type="text"/>
Se adjunta presupuesto de reposición	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Se adjunta SAT oficial justificativo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Se adjuntan otros documentos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Se ha realizado limpieza de datos de paciente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>	
Fecha <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>	