

DATOS DE UBICACIÓN																																
Nombre centro			Código centro																													
Servicio			Unidad																													
Responsable			Planta																													
			Hueco																													
DATOS DEL EQUIPO																																
Descripción			Módelo																													
Marca			Propiedad																													
Nº serie			Contacto																													
Proveedor																																
RECEPCIÓN																																
Fecha recepción			Fecha aceptación																													
Cumple normativa vigente y tiene marcado CE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha fin garantía																													
Se entrega con manuales de uso en castellano	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Requiere mantenimiento preventivo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>																											
Se entrega con manuales técnicos en castellano	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Periodicidad																													
El equipo es acorde al pedido	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Contrato de mantenimiento	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																																
<p>REGISTRO</p> <table border="1"> <tr> <td>Nº de inventario</td> <td>Nº inventario padre</td> </tr> <tr> <td>Componentes del equipo</td> <td>Nº inventario</td> <td>Marca</td> <td>Módelo</td> <td>Número de serie</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>						Nº de inventario	Nº inventario padre	Componentes del equipo	Nº inventario	Marca	Módelo	Número de serie	<input type="text"/>																			
Nº de inventario	Nº inventario padre																															
Componentes del equipo	Nº inventario	Marca	Módelo	Número de serie																												
<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"/>																												
El equipo se ha recibido/installado 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"/>																														
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"/>																														
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																											