

## FORMULARIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Para su seguridad y cumplimiento de normas internacionales siempre que manipule dispositivos medicos es  
**OBLIGATORIO** utilizar equipos y medidas de proteccion.

Cliente	HOSPITAL HOMERO CASTANIER		
Responsable	DR. MAX ILLESCAS	Cargo	LIDER DE SERVICIO DE HEMODIALISIS
Nombre de hospital	HOSPITAL HOMERO CASTANIER	Telefono	0992335022
Direccion fisica de instalacion	ANDRES F. CORDOVA Y LUIS M. GONZALEZ		
Pais	ECUADOR	Rep.Ventas/Distri.	LUPITA PASTOR

### Identificacion del Equipo

Modelo	S 55	Nro. Serie	12AS2647
Breve descripcion del incidente o reporte			
POR FAVOR REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO			
Fecha de instalacion	2017-05-05	Fecha del problema	2017-07-31
Horas de uso	10568	Version SW	1.3
		Codigo/error	N/A
Turnos Por Dia	3-4	Numero/Sala	SALA 1
Garantia	NO	Reportado Por	DR. MAX ILLESCAS
Maquina Tipo	NEGATIVA	Detalle	SALA
Fecha de ultimo mantenimiento	2017-05-05	Reporte Tecnico No.	20170731221334_1697094050
Frecuencia de la desinfeccion	DIARIA		
Frecuencia de la desincrustacion.	DIARIA		
Operatividad General del equipo.	FUNCIONANDO		

### INSPECCIONES

<b>CONDICION EXTERNA</b>
Conexion de tuberias,Fugas y Goteos,Danos estructurales,Deteccion de Oxido y corrosion,Ruedas de transporte
<b>SISTEMAS ELECTRONICOS</b>
Cable de alimentacion electrica,Toma corriente y bateria de respaldo,Tarjetas de control,Sensores y sistemas,Corriente de fuga,
<b>VERIFICACION DE PARAMETROS</b>
Ajustes y activacion de alarmas,Verificacion de lavados/desinfeccion,Calibracion de conductividad,Calibracion de temperatura,Exactitud de UF/Pres. Ven/Pres. Art.,

<b>SISTEMA HIDRAULICO</b>
Limpieza e integridad,PR1,BLD,PG,Valvulas de control,
<b>VERIFICACION DE FUNCIONAMIENTO</b>
Bomba de sangre,Bomba de heparina,Touch screen/teclado de pantalla,Lampara indicadora de estado,Simulacion de tratamiento,
<b>SISTEMA DE APOYO / OPCIONES</b>

**INFORMACION ADICIONAL**

<b>Observaciones</b>					
MAQUINA QUEDA FUNCIONANDO CORRECTAMENTE					
<b>Nombre de tecnico.</b>		JUAN CARLOS CALVA		<b>Firma / Sello</b>	
<b>Nombre Recibe</b>		LCDA. BLANCA TELELEMA		<b>Firma / Sello.</b>	
<b>Hora de Inicio</b>	7:00	<b>Hora de finalizacion</b>	13:00	<b>Fecha(AAAA/MM/DD)</b>	2017-08-01
<b>Equipo apto para uso con paciente?</b>				SI	