

## 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.**

<b>Cliente</b>	NEFROMEDIC		
<b>Responsable</b>	Monica Chaluisa	<b>Cargo</b>	Gerente
<b>Nombre de hospital</b>	NEFROMEDIC	<b>Telefono</b>	3021575
<b>Direccion fisica de instalacion</b>	Quito sur		
<b>Pais</b>	ECUADOR	<b>Rep.Ventas/Distri.</b>	Gerardo cordova

### Identificacion del Equipo

<b>Modelo</b>	TIPO II	<b>Nro. Serie</b>	14W4117
<b>Breve descripcion del incidente o reporte</b>			
Mantenimiento preventivo			
<b>Fecha de instalacion</b>	2016-06-16	<b>Fecha del problema</b>	2017-08-31
<b>Horas de uso</b>	8416	<b>Version SW</b>	441S/07
		<b>Codigo/error</b>	00000
<b>Turnos Por Dia</b>	3-4	<b>Numero/Sala</b>	SALA 1
<b>Garantia</b>	SI	<b>Reportado Por</b>	JUAN GUACOLLANTES AGUILAR
<b>Maquina Tipo</b>	NEGATIVA	<b>Detalle</b>	SALA
<b>Fecha de ultimo mantenimiento</b>	2017-05-16	<b>Reporte Tecnico No.</b>	20170831120320_1789342282
<b>Frecuencia de la desinfeccion</b>	INTERDIALISIS		
<b>Frecuencia de la desincrustacion.</b>	DIARIA		
<b>Operatividad General del equipo.</b>	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>
BPM,Filtro de endotoxinas,Red de computo/LAN,Documentacion de soporte,Verificacion de uso/operador,

#### INFORMACION ADICIONAL

<b>Observaciones</b>					
Se realiza calibracion y se hace pruebas de funcionamiento					
<b>Nombre de tecnico.</b>		JUAN GUACOLLANTES AGUILAR		<b>Firma / Sello</b>	
<b>Nombre Recibe</b>		Luis Arrellano		<b>Firma / Sello.</b>	
<b>Hora de Inicio</b>	15:30	<b>Hora de finalizacion</b>	18:00	<b>Fecha(AAAA/MM/DD)</b>	2017-08-31
<b>Equipo apto para uso con paciente?</b>				SI	