

## 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	CLINICA SANTA INES		
Responsable	LCDA. MARIA GRACIA MERCCHAN	Cargo	JEFA DE DIALISIS
Nombre de hospital	CLINICA SANTA INES	Telefono	0995599642
Direccion fisica de instalacion	OLMEDO Y ELOY ALFARO		
Pais	ECUADOR	Rep.Ventas/Distri.	LUPITA PASTOR

### Identificacion del Equipo

Modelo	TIPO II	Nro. Serie	08W2195
Breve descripcion del incidente o reporte			
Realizara mantenimiento preventivo			
Fecha de instalacion	2009-02-12	Fecha del problema	2017-08-01
Horas de uso	3411	Version SW	TIPO II
		Codigo/error	N/A
Turnos Por Dia	1-2	Numero/Sala	SALA 1
Garantia	NO	Reportado Por	LCDA. MARIA GRACIA MERCHAN
Maquina Tipo	NEGATIVA	Detalle	SALA
Fecha de ultimo mantenimiento	2017-05-11	Reporte Tecnico No.	20170802122123_349194668
Frecuencia de la desinfeccion	DIARIA		
Frecuencia de la desincrustacion.	DIARIA		
Operatividad General del equipo.	FUNCIONANDO		

### INSPECCIONES

CONDICION EXTERNA
Conexion de tuberias,Fugas y Goteos,Danos estructurales,Deteccion de Oxido y corrosion,Ruedas de transporte
SISTEMAS ELECTRONICOS
Cable de alimentacion electrica,Toma corriente y bateria de respaldo,Tarjetas de control,Sensores y sistemas,Corriente de fuga,
VERIFICACION DE PARAMETROS
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 OPERATIVA AL 100%					
<b>Nombre de tecnico.</b>		JUAN CARLOS CALVA		<b>Firma / Sello</b>	
<b>Nombre Recibe</b>		LCDA. MARIA GRACIA MERCHAN		<b>Firma / Sello.</b>	
<b>Hora de Inicio</b>	8:00	<b>Hora de finalizacion</b>	12:00	<b>Fecha(AAAA/MM/DD)</b>	2017-08-02
<b>Equipo apto para uso con paciente?</b>				SI	