

## 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 ISIDRO AYORA		
Responsable	LCDA JANINA ABAD	Cargo	LIDER DE SERVICIO DE HEMODIALISIS
Nombre de hospital	HOSPITAL ISIDRO AYORA	Telefono	0994930653
Direccion fisica de instalacion	LAURO GUERRERO Y JJ SAMANIEGO		
Pais	ECUADOR	Rep.Ventas/Distri.	LUPITA PASTOR

### Identificacion del Equipo

Modelo	S 55 PLUS	Nro. Serie	15CX2869
Breve descripcion del incidente o reporte			
Realizar mantenimiento preventivo			
Fecha de instalacion	2016-03-29	Fecha del problema	2017-08-31
Horas de uso	5417	Version SW	4.16
		Codigo/error	N/A
Turnos Por Dia	3-4	Numero/Sala	SALA 1
Garantia	SI	Reportado Por	LCDA. JANINA ABAD
Maquina Tipo	NEGATIVA	Detalle	SALA
Fecha de ultimo mantenimiento	2017-03-10	Reporte Tecnico No.	20170831101052_58541584
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>
BPM,

#### 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. MARIANA SEVERINO		<b>Firma / Sello.</b>	
<b>Hora de Inicio</b>	17:00	<b>Hora de finalizacion</b>	19:15	<b>Fecha(AAAA/MM/DD)</b>	2017-09-11
<b>Equipo apto para uso con paciente?</b>				SI	