

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	HEMODIALVYR		
Responsable	Esperanza velazco	Cargo	Gerente
Nombre de hospital	HEMODIALVYR	Telefono	3808640
Direccion fisica de instalacion	San Rafael		
Pais	ECUADOR	Rep.Ventas/Distri.	Gerardo cordova

Identificacion del Equipo

Modelo	S 55 PLUS	Nro. Serie	13CX0017
Breve descripcion del incidente o reporte			
Por favor realizar mantenimiento preventivo. Limpieza de tarjetas electrónicas ya que est�n llenas de polvo.			
Fecha de instalacion	2014-03-03	Fecha del problema	2017-07-06
Horas de uso	8616	Version SW	2.0
Turnos Por Dia	3-4	Codigo/error	00000
Garantia	NO	Numero/Sala	SALA 1
Reportado Por	ESPERANZA VELASCO		
Maquina Tipo	NEGATIVA	Detalle	SALA
Fecha de ultimo mantenimiento	2017-07-06	Reporte Tecnico No.	20170705233839_1487223523
Frecuencia de la desinfeccion	DIARIA		
Frecuencia de la desincrustacion.	DIARIA		
Operatividad General del equipo.	FUNCIONANDO		

INSPECCIONES

CONDICION EXTERNA
Fugas y Goteos,
SISTEMAS ELECTRONICOS
Cable de alimentacion electrica,Toma corriente y bateria de respaldo,Tarjetas de control,Sensores y sistemas,
VERIFICACION DE PARAMETROS
SISTEMA HIDRAULICO
Limpieza e integridad,

VERIFICACION DE FUNCIONAMIENTO**SISTEMA DE APOYO / OPCIONES****INFORMACION ADICIONAL****Observaciones**

Se realiza mantenimiento preventivo y se deja limpia las tarjetas

Nombre de tecnico.		JUAN GUACOLLANTES AGUILAR		Firma / Sello			
Nombre Recibe		Juan Carcuango		Firma / Sello.			
Hora de Inicio	22:00	Hora de finalizacion	00:30	Fecha(AAAA/MM/DD)		2017-07-06	
Equipo apto para uso con paciente?				SI			