

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	TEST		
Responsable	fdsfsf	Cargo	fdsfsf
Nombre de hospital	TEST	Telefono	fdsfsf
Direccion fisica de instalacion	dsadad		
Pais	ECUADOR	Rep.Ventas/Distri.	fdsfsf

Identificacion del Equipo

Modelo	MODEL	Nro. Serie	SERIE
Breve descripcion del incidente o reporte			
sdfsfsdfsdfs			
Fecha de instalacion		Fecha del problema	2018-04-08
Horas de uso	fdsf	Version SW	fdsf
		Codigo/error	fdsf
Turnos Por Dia	1-2	Numero/Sala	TEST SUCURSAL
Garantia	SI	Reportado Por	SUPER ADMIN
Maquina Tipo	POSITIVA	Detalle	SALA
Fecha de ultimo mantenimiento		Reporte Tecnico No.	20170423222838_1341484073
Frecuencia de la desinfeccion	DIARIA		
Frecuencia de la desincrustacion.	DIARIA		
Operatividad General del equipo.	FUNCIONANDO		

INSPECCIONES

CONDICION EXTERNA
Conexion de tuberias,
SISTEMAS ELECTRONICOS
Cable de alimentacion electrica,
VERIFICACION DE PARAMETROS
Ajustes y activacion de alarmas,
SISTEMA HIDRAULICO
Limpieza e integridad,

VERIFICACION DE FUNCIONAMIENTO
Bomba de sangre,
SISTEMA DE APOYO / OPCIONES
BPM,

INFORMACION ADICIONAL

Observaciones					
fdsfsf					
Nombre de tecnico.		SUPER ADMIN		Firma / Sello	
Nombre Recibe		fdsfsdf		Firma / Sello.	
Hora de Inicio	fdsfsdf	Hora de finalizacion	fdsfsdf	Fecha(AAAA/MM/DD)	2018-04-08
Equipo apto para uso con paciente?				SI	