

**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	DOMEDIAL		
Responsable	Dr. Salvador	Cargo	Jefe operativo
Nombre de hospital	DOMEDIAL	Telefono	3333444
Direccion fisica de instalacion	Parque Central de Babahoyo		
Pais	ECUADOR	Rep.Ventas/Distri.	sadasdsad

**Identificacion del Equipo**



Modelo	S55XPLUS	Nro. Serie	ABCDEFGG
Breve descripcion del incidente o reporte			
hacer mantenimiento preventivo			
Fecha de instalacion	2017-06-15	Fecha del problema	2017-06-15
Horas de uso	5	Version SW	1.3
		Codigo/error	sdf345
Turnos Por Dia	1-2	Numero/Sala	1
Garantia	SI	Reportado Por	DOME
Maquina Tipo	NEGATIVA	Detalle	SALA
Fecha de ultimo mantenimiento	2017-06-15	Reporte Tecnico No.	20170615113421_1863048389
Frecuencia de la desinfeccion	INTERDIALISIS		
Frecuencia de la desincrustacion.	DIARIA		
Operatividad General del equipo.	FALLAS DEL SISTEMA		

**INSPECCIONES**

CONDICION EXTERNA
Conexion de tuberias,Fugas y Goteos,Danos estructurales,Deteccion de Oxido y corrosion,Ruedas de transporte
SISTEMAS ELECTRONICOS
Toma corriente y bateria de respaldo,Tarjetas de control,Sensores y sistemas,
VERIFICACION DE PARAMETROS
Ajustes y activacion de alarmas,Verificacion de lavados/desinfeccion,Calibracion de conductividad,
SISTEMA HIDRAULICO
PR1,BLD,PG,

<b>VERIFICACION DE FUNCIONAMIENTO</b>
Bomba de sangre,Bomba de heparina,
<b>SISTEMA DE APOYO / OPCIONES</b>
BPM,Filtro de endotoxinas,Red de computo/LAN,

**INFORMACION ADICIONAL**

<b>Observaciones</b>					
Todo que OPERATIVO					
<b>Nombre de tecnico.</b>		CESAR TOLEDO		<b>Firma / Sello</b>	
					
<b>Nombre Recibe</b>		Dra. Salcedo		<b>Firma / Sello.</b>	
					
<b>Hora de Inicio</b>	8:00 am	<b>Hora de finalizacion</b>	14:00 pm	<b>Fecha(AAAA/MM/DD)</b>	2017-06-15
<b>Equipo apto para uso con paciente?</b>				SI	