

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	33456212
Direccion fisica de instalacion	San Rafael		
Pais	ECUADOR	Rep.Ventas/Distri.	Gerardo Cordova

Identificacion del Equipo


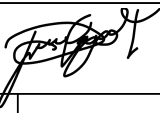
Modelo	S 55 PLUS	Nro. Serie	13CX0018
Breve descripcion del incidente o reporte			
Por favor realizar mantenimiento preventivo y limpieza de tarjetas electrónicas.			
Fecha de instalacion	2014-04-03	Fecha del problema	2017-07-05
Horas de uso	2813	Version SW	2.5
		Codigo/error	0000
Turnos Por Dia	3-4	Numero/Sala	SALA 1
Garantia	NO	Reportado Por	ESPERANZA VELASCO
Maquina Tipo	NEGATIVA	Detalle	SALA
Fecha de ultimo mantenimiento	2017-04-05	Reporte Tecnico No.	20170705234216_1786859914
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					
Equipo Operativo al 100%. Por favor realizar limpieza de filtro atrapa polvos.					
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)	2017-07-05
Equipo apto para uso con paciente?				SI	