

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	DR GUSTAVO SALVADOR		
Responsable	ING. JESSICA MARCILLO	Cargo	ADMNISTRADORA
Nombre de hospital	DR GUSTAVO SALVADOR	Telefono	05-2361312
Direccion fisica de instalacion	CHONE FRENTE AL COLEGIO UNE		
Pais	ECUADOR	Rep.Ventas/Distri.	TEC LEONARDO MACIAS

Identificacion del Equipo

Modelo		DIAMAX		Nro. Serie		J11005S	
Breve descripcion del incidente o reporte							
buenas tardes ing. solicitud para mantenimiento preventivo correspondiente al cronograma							
Fecha de instalacion		2016-07-04		Fecha del problema		2017-08-16	
Horas de uso	03449:30	Version SW		7.20		Codigo/error	0
Turnos Por Dia		3-4		Numero/Sala			
Garantia		SI		Reportado Por		JESSICA MARCILLO	
Maquina Tipo		NEGATIVA		Detalle		SALA	
Fecha de ultimo mantenimiento		2017-05-08		Reporte Tecnico No.		20170815172445_171463814	
Frecuencia de la desinfeccion				INTERDIALISIS			
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.,

SISTEMA HIDRAULICO
Limpieza e integridad,PR1,BLD,PG,Valvulas de control,
VERIFICACION DE FUNCIONAMIENTO
Bomba de sangre,Bomba de heparina,Touch screen/teclado de pantalla,Lampara indicadora de estado,Simulacion de tratamiento,
SISTEMA DE APOYO / OPCIONES
Documentacion de soporte,Verificacion de uso/operador,

INFORMACION ADICIONAL

Observaciones					
MAQUINA QUEDA OPERATIVA					
Nombre de tecnico.		LEONARDO MACIAS		Firma / Sello	
Nombre Recibe		ING. JESSICA MARCILLO		Firma / Sello.	
Hora de Inicio	15:00	Hora de finalizacion	20:00	Fecha(AAAA/MM/DD)	2017-08-17
Equipo apto para uso con paciente?				SI	