

## 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	13CX0014
Breve descripcion del incidente o reporte			
Por favor realizar mantenimiento preventivo y limpieza de tarjetas electrónicas.			
Fecha de instalacion	2014-03-04	Fecha del problema	2014-07-05
Horas de uso	2814	Version SW	2.5
		Codigo/error	0000
Turnos Por Dia	3-4	Numero/Sala	SALA 1
Garantia	SI	Reportado Por	ESPERANZA VELASCO
Maquina Tipo	POSITIVA	Detalle	SALA
Fecha de ultimo mantenimiento	2017-04-05	Reporte Tecnico No.	20170705233946_1376338821
Frecuencia de la desinfeccion	INTERDIALISIS		
Frecuencia de la desincrustacion.	DIARIA		
Operatividad General del equipo.	FUNCIONANDO		

### INSPECCIONES

CONDICION EXTERNA
Fugas y Goteos,Deteccion de Oxido y corrosion,
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,
SISTEMA HIDRAULICO
Limpieza e integridad,PR1,BLD,

<b>VERIFICACION DE FUNCIONAMIENTO</b>
Bomba de sangre, Touch screen/teclado de pantalla,
<b>SISTEMA DE APOYO / OPCIONES</b>
BPM,

**INFORMACION ADICIONAL**

<b>Observaciones</b>					
Se realiza mantenimiento preventivo.					
<b>Nombre de tecnico.</b>		JUAN GUACOLLANTES AGUILAR		<b>Firma / Sello</b>	
					
<b>Nombre Recibe</b>		Juan Carcuango		<b>Firma / Sello.</b>	
					
<b>Hora de Inicio</b>	22:00	<b>Hora de finalizacion</b>	00:30	<b>Fecha(AAAA/MM/DD)</b>	2017-07-19
<b>Equipo apto para uso con paciente?</b>				SI	