



Checklist UCI

Fecha:

Turno:

Firma y Nombre del Responsable:

Cama Eléctrica

| | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | ¿Funciona el sistema de freno? |
| 2 | ¿Los barandales suben, bajan y se aseguran correctamente? |
| 3 | ¿Está conectada correctamente a la energía eléctrica? |
| 4 | ¿Funciona la batería cuando está desconectada de la red eléctrica? |
| 5 | ¿Funcionan correctamente los controles eléctricos o manuales para ajustar la posición de la cama? |
| 6 | ¿Limpia y en condiciones seguras? |

| | Número de Serie: _____ | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------|
| | SI | NO | Observaciones |
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | Número de Serie: _____ | | | | Número de Serie: _____ | | | | Número de Serie: _____ | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------|---|--------------------------|--------------------------|---------------|---|--------------------------|--------------------------|---------------|
| | SI | NO | Observaciones | | SI | NO | Observaciones | | SI | NO | Observaciones |
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |



Checklist UCI

Fecha:

Turno:

Firma y Nombre del Responsable:

| | Número de Serie: | | | | Número de Serie: | | | | Número de Serie: | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------|---|--------------------------|--------------------------|---------------|---|--------------------------|--------------------------|---------------|
| | SI | NO | Observaciones | | SI | NO | Observaciones | | SI | NO | Observaciones |
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | Número de Serie: | | | | Número de Serie: | | | | Número de Serie: | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------|---|--------------------------|--------------------------|---------------|---|--------------------------|--------------------------|---------------|
| | SI | NO | Observaciones | | SI | NO | Observaciones | | SI | NO | Observaciones |
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |



Checklist UCI

Fecha:

Turno:

Firma y Nombre del Responsable:

Monitor de Signos Vitales

| | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | ¿Está conectada correctamente a la energía eléctrica? |
| 2 | ¿Funciona la batería cuando está desconectada de la red eléctrica? |
| 3 | ¿Enciende correctamente? |
| 4 | ¿Se escuchan y se ven las alarmas? |
| 5 | Sensores y troncales: los cables están en buen estado y no presentan interferencias en los parámetros siguientes. |
| 6 | ECG: El trazo es visible. |
| 7 | RESP: Se muestra la onda de Resp, cuando se checa el ECG. |
| 8 | SpO ₂ : Se muestra el valore en pantalla al colocarse en un dedo. |
| 9 | PANI: El brazalete infla y desinfla correctamente, mostrando un valor válido. |
| 10 | PAI: El canal de presión invasiva está habilitado y muestra una señal estable al conectar el transductor (aunque no esté en uso clínico). |
| 11 | TEMP: Se detecta temperatura al frotarlo con los dedos. |

| Número de Serie:_____. | | | | Número de Serie:_____. | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| | SI | NO | Observaciones | | SI | NO | Observaciones |
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Número de Serie:_____. | | | | Número de Serie:_____. | | | |
| | SI | NO | Observaciones | | SI | NO | Observaciones |
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |



Checklist UCI

Fecha:

Turno:

Firma y Nombre del Responsable:

| | | | | | | | | | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|---------------|----|--------------------------|--------------------------|---------------|----|--------------------------|--------------------------|---------------|
| | Número de Serie: _____. | | | | Número de Serie: _____. | | | | Número de Serie: _____. | | |
| | SI | NO | Observaciones | | SI | NO | Observaciones | | SI | NO | Observaciones |
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Número de Serie: _____. | | | | Número de Serie: _____. | | | | Número de Serie: _____. | | |
| | SI | NO | Observaciones | | SI | NO | Observaciones | | SI | NO | Observaciones |
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |



Checklist UCI

Fecha:

Turno:

Firma y Nombre del Responsable:

| Electrocardiógrafo | | Número de Serie: _____. | | |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| | | SI | NO | Observaciones |
| 1 | ¿Funciona la batería cuando está desconectada de la red eléctrica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | ¿Cable de energía en buen estado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | ¿Enciende la pantalla? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | ¿Tiene papel disponible y bien colocado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | ¿Cables en buen estado (6 precordiales y 4 extremidades)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | ¿Cuenta con las 4 pinzas para extremidades? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7 | ¿Cuenta con los 6 electrodos precordiales tipo succión (chupones)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8 | ¿Equipo limpio y en su lugar correspondiente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| Número de Serie: _____. | | | | Número de Serie: _____. | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| | SI | NO | Observaciones | | SI | NO | Observaciones |
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |



Checklist UCI

Fecha:

Turno:

Firma y Nombre del Responsable:

Desfibrilador

| | |
|---|--------------------------------------------------------------------|
| 1 | ¿Funciona la batería cuando está desconectada de la red eléctrica? |
| 2 | ¿Cable de energía en buen estado? |
| 3 | ¿Tiene papel disponible y bien colocado? |
| 4 | ¿Palas en buen estado y limpias (sin gel)? |
| 5 | ¿Realiza descarga correctamente (prueba)? Descarga a 30 Joules |
| 6 | Resultado: ¿Se logra ver la descarga en la impresión? |
| 7 | ¿Incluye parches para marcapasos? |
| 8 | ¿Equipo limpio y en su lugar correspondiente? |

| | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| Número de Serie: _____. | | | |
| | SI | NO | Observaciones |
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| Número de Serie: _____. | | | |
| | SI | NO | Observaciones |
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| Número de Serie: _____. | | | |
| | SI | NO | Observaciones |
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |