

Folio	
Fecha	/ /
Hora	

DEPARTAMENTO:
Departamento: **EVALUACION NUTRICIONAL**
Teléfono y Extensión: _____
Persona Responsable del uso: _____

Tipo de equipo: **PESA ELECTRONICA** marca: **TLM** modelo: **BSM370**
No de serie: **P9803F6CE** No de inventario: _____

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Estado físico del equipo correcto			
Encendido y apagado del equipo adecuado			
Comprobación de mediadas correcto			
Funciones mecánicas y electrónicas adecuados			
Ultima prueba realizada correctamente			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas
Observaciones _____

Tipo de equipo: **BIOIMPEDANCIA** marca: **BIOSPACE** modelo: **INBODY**
No de serie: **P270C2FEE** No de inventario: _____

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Cables de alimentación eléctrica físicamente en buen estado			
Comunicación DICOM adecuada			
Comunicación con impresora adecuada			
Comunicación con transductores adecuada			
Pantalla funcionando			
Funcionamiento y estado físico de botones adecuado			
Prueba de soporte con banco de baterías correcta			
Sistema de audio funcionando			
Sistema de ruedas funcionando			
Sistema de frenos funcionando			
Ultimo estudio realizado correctamente			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas
Observaciones _____

Tipo de equipo: **CALORIMETRO** marca: **COSMED** modelo: **FITMATEPRO**
No de serie: **2014011913** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Cables de alimentación eléctrica físicamente en buen estado			
Pantalla funcionando			
Funcionamiento y estado físico de botones adecuado			
Prueba de soporte con banco de baterías correcta			
Mecanismo de impresión funcionando correctamente			
Celdilla de O2 en buenas condiciones			
Líneas de muestreo en buenas condiciones			
Conexiones para entrada y salida de información o comunicación funcionando correctamente			
Ultimo estudio realizado correctamente			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas

Observaciones _____

Tipo de equipo: **BIOIMPEDANCIA** marca: **BIOSPACE** modelo: **INBODY**
No de serie: **P0202B70E** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Cables de alimentación eléctrica físicamente en buen estado			
Comunicación DICOM adecuada			
Comunicación con impresora adecuada			
Comunicación con transductores adecuada			
Pantalla funcionando			
Funcionamiento y estado físico de botones adecuado			
Prueba de soporte con banco de baterías correcta			
Sistema de audio funcionando			
Sistema de ruedas funcionando			
Sistema de frenos funcionando			
Ultimo estudio realizado correctamente			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas

Observaciones _____

_____	_____
BIOMEDICO CEMA	RESPONSABLE DE AREA