

| | |
|-------|-----|
| 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 |