

Folio	
Fecha y hora	/ /
Hora	

DEPARTAMENTO:

Departamento: **QUIROFANO**

Teléfono y Extensión: _____

Persona Responsable del uso: _____

Tipo de equipo: **CAMA DE RECUPERACIÓN** marca: **STRYKER** modelo: **747**
 No de serie: **1402 032316** No de inventario: _____

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Movimientos con limites adecuados			
Movimientos sin ningún daño			
Componentes electrónicos en buen estado			
Componentes hidráulicos en buen estado			
Colchón en buen estado			
Partes metálicas en buen estado			
cubre polvos y partes plasticas en buen estado			
ruedas en buen estado			
funciones eléctricas ejecutadas sin problemas			
inspección física y funcional en perfectas condiciones			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas

Observaciones _____

Tipo de equipo: **CAMA DE RECUPERACIÓN** marca: **STRYKER** modelo: **747**
 No de serie: **1402 032313** No de inventario: _____

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Movimientos con limites adecuados			
Movimientos sin ningún daño			
Componentes electrónicos en buen estado			
Componentes hidráulicos en buen estado			
Colchón en buen estado			
Partes metálicas en buen estado			
cubre polvos y partes plasticas en buen estado			
ruedas en buen estado			
funciones eléctricas ejecutadas sin problemas			
inspección física y funcional en perfectas condiciones			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas

Observaciones _____

Tipo de equipo: **CAMA DE RECUPERACIÓN** marca: **STRYKER** modelo: **747**
 No de serie: **1402 032322** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Movimientos con limites adecuados			
Movimientos sin ningún daño			
Componentes electrónicos en buen estado			
Componentes hidráulicos en buen estado			
Colchón en buen estado			
Partes metálicas en buen estado			
cubre polvos y partes plasticas en buen estado			
ruedas en buen estado			
funciones eléctricas ejecutadas sin problemas			
inspección física y funcional en perfectas condiciones			

Condiciones de uso: buenas regular malas

Observaciones _____

Tipo de equipo: **ESTERILIZADOR DE VAPOR** marca: **STERIS** modelo: **V-120**
 No de serie: **214080** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas y extensiones de comunicación eléctrica físicamente en buen estado			
Movimiento mecánico o eléctrico de puertas correctos			
Indicadores de encendido funcionando			
Presión de aire dentro de los parámetros de funcionamiento			
Alimentación de agua correcta			
Botones de mando funcionando correctamente			
Ultimo ciclo de esterilización realizado correctamente			

Condiciones de uso: buenas regular malas

Observaciones _____

Tipo de equipo: **ETERILIZADOR DE GAS** marca: **STERIS** modelo: **3017E0**
 No de serie: **3031813006** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas y extensiones de comunicación eléctrica físicamente en buen estado			
Movimiento mecánico o eléctrico de puertas correctos			
Indicadores de encendido funcionando			
Presión de aire dentro de los parámetros de funcionamiento			
Alimentación de agua correcta			
Botones de mando funcionando correctamente			
Ultimo ciclo de esterilización realizado correctamente			

Condiciones de uso: buenas regular malas

Observaciones _____

Tipo de equipo: **PANTALLA** marca: **NDS** modelo: **RADIANCE**
No de serie: **14-243118** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas y extensiones de comunicación eléctrica físicamente en buen estado			
Botones en buen estado y ejecutando funciones correctamente			
Indicadores correctos			
Señal de imagen correcta			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas

Observaciones _____

Tipo de equipo: **MESA QUIRURGICA** marca: **STERIS** modelo: **HIMAX**
No de serie: **15255** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas y extensiones de comunicación eléctrica físicamente en buen estado			
Botones en buen estado y ejecutando funciones correctamente			
Indicadores correctos			
Movimientos eléctricos y mecánicos ejecutados correctamente			
Ejecución de prueba de respaldo de baterías correcto			
Movimiento uniforme de motores de posición			
Tapicería en buen estado			
Sistema de frenos correcto			
Sistema de ruedas funcionando correctamente			
Comunicación de mando con control remoto correcto			
Botones de control remoto en buen estado y funcional			
Ejecución de funciones desde control remoto			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas

Observaciones _____

Tipo de equipo: **ARCO EN C** marca: **PHILIPS** modelo: **BV ENDURE**
No de serie: **718075** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas y extensiones de comunicación eléctrica físicamente en buen estado			
Movimientos de tubo de rayos x correcto			
Movimiento mecánico y eléctrico de brazos correcto			
Indicadores de encendido correctos			
Botones de pads correctos y en funcionamiento			
Chasis o comunicación con panel correcto			
Movimientos de ruedas correcto			

Activación de frenos correcto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disparador de rayos x en correcto funcionamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disparo de rayos x aprobado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Última prueba realizada correctamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condiciones de uso: O buenas O regular O malas			
Observaciones _____			

Tipo de equipo: **PANTALLA DE ENDOSCOPIO** marca: **NDS** modelo: **KARLSTORZ**
 No de serie: **14-241606** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado físico del equipo correcto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clavijas y extensiones de comunicación eléctrica físicamente en buen estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Botones en buen estado y ejecutando funciones correctamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indicadores correctos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Señal de imagen correcta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condiciones de uso: O buenas O regular O malas			
Observaciones _____			

Tipo de equipo: **PANTALLA DE ENDOSCOPIO** marca: **STORZ** modelo: **KARLSTORZ**
 No de serie: **14-241110** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado físico del equipo correcto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clavijas y extensiones de comunicación eléctrica físicamente en buen estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Botones en buen estado y ejecutando funciones correctamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indicadores correctos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Señal de imagen correcta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condiciones de uso: O buenas O regular O malas			
Observaciones _____			

Tipo de equipo: **BRAZO SOPORTE DE PANTALLA** marca: **KLS MARTIN** modelo: **NA**
 No de serie: **mTVF4 00 00 14C 3253** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Movimientos articulados correctos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado físico del equipo correcto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado físico correcto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condiciones de uso: O buenas O regular O malas			
Observaciones _____			

Tipo de equipo: **BRAZO SOPORTE DE PANTALLA** marca: **CIM** modelo: **NA**
 No de serie: **14431G10934** No de inventario:

Condiciones de uso:	<input type="radio"/> buenas	<input type="radio"/> regular	<input type="radio"/> malas
Observaciones _____			
Tipo de equipo: SISTEMA DE ENDOSCOPIO marca: STORZ modelo: SPIES No de serie: VV720849-P No de inventario:			
Revisión física y funcional de equipo medico			
Alimentación eléctrica adecuada	SI	NO	NA
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas y extensiones de comunicación eléctrica físicamente en buen estado			
Encendido y apagado correcto			
Indicadores de encendido funcionando			
Sistema de enfriamiento funcionando			
Comunicación con información de entrada y salida correcta			
Botones de mando funcionando correctamente			
Ultimo proceso realizado correctamente			
Condiciones de uso: <input type="radio"/> buenas <input type="radio"/> regular <input type="radio"/> malas			
Observaciones _____			
Tipo de equipo: SISTEMA DE ENDOSCOPIO marca: STORZ modelo: SPIES No de serie: VV720637-P No de inventario:			
Revisión física y funcional de equipo medico			
Alimentación eléctrica adecuada	SI	NO	NA
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas y extensiones de comunicación eléctrica físicamente en buen estado			
Encendido y apagado correcto			
Indicadores de encendido funcionando			
Sistema de enfriamiento funcionando			
Comunicación con información de entrada y salida correcta			
Botones de mando funcionando correctamente			
Ultimo proceso realizado correctamente			
Condiciones de uso: <input type="radio"/> buenas <input type="radio"/> regular <input type="radio"/> malas			
Observaciones _____			
Tipo de equipo: SISTEMA DE CONTROL marca: STORZ modelo: AIDA control NEO No de serie: KSC15237 No de inventario:			
Revisión física y funcional de equipo medico			
Alimentación eléctrica adecuada	SI	NO	NA
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas y extensiones de comunicación eléctrica físicamente en buen estado			
Encendido y Apagado correcto			
Indicadores de encendido funcionando			
Sistema de enfriamiento funcionando			
Comunicación con información de entrada y salida correcta			
Botones de mando funcionando correctamente			
Ultimo proceso realizado correctamente			
Condiciones de uso: <input type="radio"/> buenas <input type="radio"/> regular <input type="radio"/> malas			

Observaciones _____

Tipo de equipo: **ASPIRADOR** marca: **MD MEDICA D** modelo: **TANDEM 4**
 No de serie: **2014TM065** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Estado físico del equipo correcto			
Encendido y apagado del equipo correcto			
Alimentación eléctrica adecuada			
Aspiración continua correcta			
Aspiración intermitente correcta			
Reguladores de succión funcionando correctamente			
Frascos recolectores de secreción en buen estado y completos			
Circuito para succión completo y en buen estado			
Filtros hidrofóbicos en buen estado			
Filtros de aire para partículas			

Condiciones de uso: buenas regular malas

Observaciones _____

Tipo de equipo: **MONITOR DE SIGNOS VITALES** marca: **MD MEDICA D** modelo: **LogiCare Series 2000**
 No de serie: **2014LC15163** No de inventario:

ANEXO : CLAVE: CEMA-RG-BI-RM-05

Condiciones de uso: buenas regular malas

Observaciones _____

Tipo de equipo: **MAQUINA DE ANESTESIA** marca: **HEINEN LOWESTEIN** modelo: **LEON PLUS**
 No de serie: **0200020hul00404199** No de inventario:

ANEXO : CLAVE: CEMA-RG-BI-RMA-04

Condiciones de uso: buenas regular malas

Observaciones _____

Tipo de equipo: **MONITOR DE SIGNOS VITALES** marca: **MD MEDICARE D** modelo: **LogiCare Series 2017M**
 No de serie: **2013LCM0066** No de inventario:

ANEXO : CLAVE: CEMA-RG-BI-RM-05

Condiciones de uso: buenas regular malas

Observaciones _____

Tipo de equipo: **LAMPARA QUIRURGICA** marca: **KLS MARTIN** modelo: **MAR LED**
 No de serie: **mV16A1Y312014C2685** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas de alimentación eléctrica físicamente en buen estado			
Encendido y Apagado correcto			
Encendido completo de los focos de iluminación			
Manejo de intensidades correcto			
Ultimo proceso realizado correctamente			

Condiciones de uso: buenas regular malas

Observaciones _____

Tipo de equipo: **PANTALLA** marca: **STORZ** modelo: **200905 19** No de serie: **TV2796** No de inventario:

MONITOR			
Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas y extensiones de comunicación eléctrica físicamente en buen estado			
Botones en buen estado y ejecutando funciones correctamente			
Indicadores correctos			
Señal de imagen correcta			

Condiciones de uso: buenas regular malas

Observaciones _____

Tipo de equipo: **RASURADOR** marca: **Smith&nephew** modelo: **DYONICS POWER II**
 No de serie: **AAX 7354** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas y extensiones de comunicación eléctrica físicamente en buen estado			
Botones en buen estado y ejecutando funciones correctamente			
Indicadores correctos			
Sistema de enfriamiento			
Pantalla touch correcta			
Conexiones de entrada y salida correctas			
Ultimo sistema ejecutado correctamente			

Condiciones de uso: buenas regular malas

Observaciones _____

Prueba de respaldó de batería aprobado			
Ultimo proceso ejecutado correctamente			
Condiciones de uso: O buenas O regular O malas			
Observaciones _____			

Tipo de equipo: **ASPIRADOR GASTRICO** marca: **MD MEDICA D** modelo: **TANDEM 4**
 No de serie: **2014TM066** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Estado físico del equipo correcto			
Encendido y apagado del equipo correcto			
Alimentación eléctrica adecuada			
Aspiración continua correcta			
Aspiración intermitente correcta			
Reguladores de succión funcionando correctamente			
Frascos recolectores de secreción en buen estado y completos			
Circuito para succión completo y en buen estado			
Filtros hidrofóbicos en buen estado			
Filtros de aire para partículas			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas

Observaciones _____

Tipo de equipo: **ASPIRADOR GASTRICO** marca: **MD MEDICA D** modelo: **TANDEM 4**
 No de serie: **2014TM067** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Estado físico del equipo correcto			
Encendido y apagado del equipo correcto			
Alimentación eléctrica adecuada			
Aspiración continua correcta			
Aspiración intermitente correcta			
Reguladores de succión funcionando correctamente			
Frascos recolectores de secreción en buen estado y completos			
Circuito para succión completo y en buen estado			
Filtros hidrofóbicos en buen estado			
Filtros de aire para partículas			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas

Observaciones _____

Tipo de equipo: **NEGATOSCOPIO** marca: **NA** modelo: **NA**
 No de serie: No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			

Estado físico del equipo correcto			
Clavijas de alimentación eléctrica físicamente en buen estado			
Encendido y Apagado correcto			
Panel de iluminación funcionado completamente			
Botones de mando funcionando correctamente			
Ultimo proceso realizado correctamente			
Condiciones de uso: O buenas O regular O malas			
Observaciones _____			

Tipo de equipo: **ELECTROCAUTERIO** marca: **CONMED** modelo: **SYSTEM 2450**
 No de serie: **14MGU034** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas y extensiones de comunicación eléctrica físicamente en buen estado			
Botones aumento y disminución de electrocoagulación correctos			
Botones aumento y disminución de ablación correctos			
Indicadores correctos			
Sistema paciente en buen estado			
Pantalla touch correcta			
Conexiones de entrada y salida correctas			
Pedales en buen estado físico y funcional			
Prueba de respaldo de batería aprobado			
Ultimo proceso ejecutado correctamente			
Condiciones de uso: O buenas O regular O malas			
Observaciones _____			

Tipo de equipo: **CAMARA DE ARTROSCOPIA** marca: **STORZ** modelo: **H3Z**
 No de serie: **UV838098H** No de inventario:

CAMARA DE ARTROSCOPIA			
Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Lente en buen estado			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas y extensiones de comunicación físicamente en buen estado			
Botone físicamente y funcionalmente correctos			
Ultimo proceso ejecutado correctamente			
Condiciones de uso: O buenas O regular O malas			
Observaciones _____			

Tipo de equipo: **CUNA TERMICA** marca: **TEHSA** modelo: **TONALLI 1SD**
 No de serie: **12750625** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			

Clavijas y extensiones de comunicación eléctrica físicamente en buen estado			
Botones en buen estado y ejecutando funciones correctamente			
Indicadores correctos			
Movimientos eléctricos y mecánicos ejecutados correctamente			
Sensores de temperatura correctos			
Luz radiante correcta			
Cables accesorios para monitorizar completos			
Cables accesorios para monitorizar funcionando			
Sistema de ruedas funcionando correctamente			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas

Observaciones _____

Tipo de equipo: **BOMBA DE AGUA** marca: **Smith&nephew** modelo: **DYONICS 25**

No de serie: **ZN 06017** No de inventario:

BOMBA DE AGUA PARA ARTROSCOPIA			
Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas y extensiones de comunicación eléctrica físicamente en buen estado			
Botones en buen estado y ejecutando funciones correctamente			
Indicadores correctos			
Sistema de enfriamiento			
Pantalla touch correcta			
Conexiones de entrada y salida correctas			
Ultimo sistema ejecutado correctamente			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas

Observaciones _____

Tipo de equipo: **FUENTE DE LUZ** marca: **STORZ** modelo: **XENON 300**

No de serie: **ZW0692883** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas y extensiones de comunicación eléctrica físicamente en buen estado			
Botones aumento y disminución de Intensidad correctos			
Botones de manipulación correctos			
Indicadores correctos			
Pantalla touch correcta			
Conexiones de entrada y salida correctas			
Ultimo proceso ejecutado correctamente			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas

Observaciones _____

Tipo de equipo: **LAMPARA DE EMERGENCIA** marca: **MEDICARE** modelo: **MEDI LUX 600**

No de serie: **2014MLP001** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas de alimentación eléctrica físicamente en buen estado			
Encendido y Apagado correcto			
Encendido completo de los focos de iluminación			
Manejo de intensidades correcto			
Indicadores funcionando correctamente			
Banco de baterías correcto			
Prueba de respaldo de batería aprobado			
Ultimo proceso realizado correctamente			
Condiciones de uso: O buenas O regular O malas			
Observaciones _____			

Tipo de equipo: **LAMPARA DE EMERGENCIA** marca: **MEDICARE** modelo: **MEDI LUX 600**
 No de serie: **2014MLP002** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas de alimentación eléctrica físicamente en buen estado			
Encendido y Apagado correcto			
Encendido completo de los focos de iluminación			
Manejo de intensidades correcto			
Indicadores funcionando correctamente			
Banco de baterías correcto			
Prueba de respaldo de batería aprobado			
Ultimo proceso realizado correctamente			
Condiciones de uso: O buenas O regular O malas			
Observaciones _____			

Tipo de equipo: **CUNA DE CALOR RADIANTE** marca: **ATMOSCARE** modelo: **EXPECTRA**
 No de serie: **1N28-835** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas y extensiones de comunicación eléctrica físicamente en buen estado			
Botones en buen estado y ejecutando funciones correctamente			
Indicadores correctos			
Movimientos eléctricos y mecánicos ejecutados correctamente			
Sensores de temperatura correctos			
Luz radiante correcta			
Cables accesorios para monitorizar completos			
Cables accesorios para monitorizar funcionando			

Sistema de ruedas funcionando correctamente			
Condiciones de uso:	O buenas	O regular	O malas
Observaciones _____			

Tipo de equipo: **INCUBADORA NEONATAL DE TRASLADO** marca: **SAPS** modelo: **ISOTERM SCALE**
 No de serie: **VE12-103** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Estado físico del equipo correcto			
Clavijas y extensiones de comunicación eléctrica físicamente en buen estado			
Botones en buen estado y ejecutando funciones correctamente			
Indicadores correctos			
Movimientos eléctricos y mecánicos ejecutados correctamente			
Sensores de temperatura correctos			
Luz radiante correcta			
Cables accesorios para monitorizar completos			
Cables accesorios para monitorizar funcionando			
Sistema de ruedas funcionando correctamente			
Toma de O2 correcta			
Tanque de O2 con presión dentro del margen			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas

Observaciones _____

Tipo de equipo: **BACULA** marca: **BENESTA** modelo: **EBSH** No de serie: **NA** 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			
Última prueba realizada correctamente			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas

Observaciones _____

_____ BIOMEDICO CEMA	_____ RESPONSABLE DE AREA
--------------------------------	-------------------------------------