

Folio	
Fecha	/ /
Hora	

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

Tipo de equipo: **CAMA DE RECUPERACIÓN** marca: **HILL ROOM** modelo: **405**
No de serie: **P119ME5393** 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: **HILL ROOM** modelo: **405**
No de serie: **P198ME5854** 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 _____

ÁREA BIOMÉDICA
LEVANTAMIENTO PERIODICO DE EQUIPO

Tipo de equipo: **CAMA DE RECUPERACIÓN** marca: **HILL ROOM** modelo: **405**
No de serie: **P199ME5861** 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: **HILL ROOM** modelo: **405**
No de serie: **P212ME5953** 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: **HILL ROOM** modelo: **405**
No de serie: **P196ME5844** 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: FARMED modelo: **405**
No de serie: **SN00001** 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: **VENTILADOR** marca: **MD MEDICAL D** modelo: **SMART**
No de serie: **2013SM0047** No de inventario:

VENTILADOR MEDICO			
Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Alimentación eléctrica adecuada			
Banco de baterías funcional			
Alimentación de aire adecuada			
Alimentación de O2 adecuada			
Botones y partes metálicas o plásticas en buen estado			
Encendido del equipo correcto			
Calibración de sensor de O2 correcto			

Calibración de flujo prox correcto			
Test del sistema ejecutado correctamente			
inspección física y funcional en perfectas condiciones			
Ventilación de prueba correcta			
Condiciones de uso: O buenas O regular O malas			
Observaciones _____			

Tipo de equipo: **MONITOR DE SIGNOS VITALES** marca: **MD MEDICAL D** modelo: **LogiCare Series 2000**
 No de serie: **2014LC15164** No de inventario:

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

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: **2014TM068** 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: **DEFIBLILADOR** marca: **Medtronic** modelo: **Lifepack CR Plus**
 No de serie: **32382952** No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Estado físico del equipo correcto			
Encendido del equipo correcto			
Parches en buen estado y sin caducar			
batería en buen estado y sin caducar			
Rasurador desechable			
compresa			

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



ÁREA BIOMÉDICA
LEVANTAMIENTO PERIODICO DE EQUIPO



Tipo de equipo: **CARRO ROJO** marca: **NA** modelo: **NA**
No de serie: No de inventario:

Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Estructura física en buen estado			
Deslizamiento de cajones adecuado			
Ruedas inferiores en funcionamiento			
Tanque de O2 con presión de O2 dentro del margen			

Condiciones de uso: O buenas O regular O malas

Observaciones _____

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