

Folio	
Fecha	/ /
Hora	

DEPARTAMENTO:
 Departamento: **CURACION Y EXPLORACION FISICA**
 Teléfono y Extensión: _____
 Persona Responsable del uso: _____

Tipo de equipo: **CAMA DE URGENCIA** marca: **MEDISA** modelo: **TRANSMED 2**
 No de serie: **EO140091-0008** 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 URGENCIA** marca: **MEDISA** modelo: **TRANSMED 2**
 No de serie: **EO140091-0009** 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: **MONITOR DE SIGNOS VITALES** marca: **SONOLIFE** modelo: **SMARTWAVE8**
 No de serie: **258000784** No de inventario:

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

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

Tipo de equipo: **DEFIBRILADOR** marca: **PHILIPS** modelo: **HEARTSTART**
 No de serie: **A05E-01289** 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 _____

Tipo de equipo: **LAMPARA DE EXPLORACION** marca: **KLSMARTIN** modelo: **ML101**
 No de serie: **ML101U20200** 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			
Sistema de ruedas funcionando correctamente			
Ultimo proceso realizado correctamente			

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

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

Tipo de equipo: **ASPIRADOR PORTATIL** marca: **HERGOM** modelo: **7A23D**
 No de serie: **405** 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: NA 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: BAUMANOMETRO marca: HERGOM modelo: NA			
No de serie: NA No de inventario:			
Revisión física y funcional de equipo medico	SI	NO	NA
Estado físico del equipo correcto			
Manguera de circuito en buen estado			
Brazaletes en buen estado			
Manómetro funcionando y calibrado			
Pera en buen estado y funcionando			
Válvula funcionando adecuadamente			
Ultimo estudio realizado correctamente			
Condiciones de uso: O buenas O regular O malas			
Observaciones _____			

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