



ÁREA BIOMÉDICA  
LEVANTAMIENTO PERIODICO DE EQUIPO



|       |     |
|-------|-----|
| Folio |     |
| Fecha | / / |
| Hora  |     |

DEPARTAMENTO:  
Departamento: **REHABILITACION**  
Teléfono y Extensión: \_\_\_\_\_  
Persona Responsable del uso: \_\_\_\_\_

Tipo de equipo: **BICICLETA ESTATICA** marca: **TECHNOGYM** modelo: **FORMA 500**  
No de serie: **D7653L08000375** 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 con monitor adecuado  |    |    |    |
| Lubricación y función mecánica de pedales adecuada   |    |    |    |
| Partes mecánicas en buen estado y funcionando  |    |    |    |
| Protocolos de ejercicio funcionado correctamente   |    |    |    |
| Conectores para comunicación de entrada y salida de información en buen estado y funcionando correctamente |    |    |    |
| Ultimo estudio realizado correctamente   |    |    |    |

Condiciones de uso:            O buenas            O regular            O malas  
Observaciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tipo de equipo: **MAQUINA ELIPTICA** marca: **TECHNOGYM** modelo: **SYNCHRO EXC500**  
No de serie: **D4554L08000257** 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 con monitor adecuado                           |    |    |    |
| Lubricación y función mecánica de pedales adecuada          |    |    |    |
| Partes mecánicas en buen estado y funcionando               |    |    |    |
| Protocolos de ejercicio funcionado correctamente            |    |    |    |
| Respaldo de banco baterías funcionando correctamente        |    |    |    |
| Indicadores de panel funcionando correctamente              |    |    |    |
| Ultimo estudio realizado correctamente                      |    |    |    |

Condiciones de uso:            O buenas            O regular            O malas  
Observaciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

| Tipo de equipo: <b>BANDA DE ESFUERZO</b> marca: <b>TECHNOGYM</b> modelo: <b>RUN EXC 500</b><br>No de serie: <b>D455EL07001486</b> No de inventario:              |    |    |    |
|--|----|----|----|
| EQUIPO DE PRUEBA DE ESFUERZO   |    |    |    |
| 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 con torre adecuado  |    |    |    |
| Equipo registrador funcionando adecuadamente   |    |    |    |
| Cables de registrador en buenas condiciones  |    |    |    |
| Señal de registrador y procesamiento de imagen adecuado  |    |    |    |
| Conectores para comunicación de entrada y salida de información en buen estado y funcionando correctamente   |    |    |    |
| Ultimo estudio realizado correctamente   |    |    |    |
| Condiciones de uso:            O buenas                    O regular                    O malas<br>Observaciones _____<br>_____<br>_____                         |    |    |    |
| Tipo de equipo: <b>MAQUINA PARA ENTRENAMIENTO DE PIERNA</b> marca: <b>TECHNOGYM</b><br>modelo: <b>EXTENSION</b><br>No de serie: <b>MA302NO</b> No de inventario: |    |    |    |
| Revisión física y funcional de equipo medico   |    |    |    |
| 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 con monitor adecuado  |    |    |    |
| Lubricación y función mecánica de pedales adecuada   |    |    |    |
| Partes mecánicas en buen estado y funcionando  |    |    |    |
| Protocolos de ejercicio funcionado correctamente   |    |    |    |
| Respaldo de banco baterías funcionando correctamente   |    |    |    |
| Indicadores de panel funcionando correctamente   |    |    |    |
| Ultimo estudio realizado correctamente   |    |    |    |
| Condiciones de uso:            O buenas                    O regular                    O malas<br>Observaciones _____<br>_____<br>_____                         |    |    |    |
| Tipo de equipo: <b>CAMA DE EXPLORACION</b> marca: <b>BTL</b> modelo: <b>1300</b><br>No de serie: <b>636925</b> 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: **EQUIPO DE TERAPIA FRIA**    marca: **GAME READY**    modelo: **GR-PRO 2.1**  
 No de serie: **EC13326-RO73**                      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 |    |    |    |
| Encendido y Apagado correcto  |    |    |    |
| Indicadores de encendido funcionando  |    |    |    |
| Sistema de enfriamiento funcionando   |    |    |    |
| Botones de mando funcionando correctamente                                  |    |    |    |
| Ultimo proceso realizado correctamente                                      |    |    |    |

Condiciones de uso:            O buenas            O regular            O malas

Observaciones \_\_\_\_\_

Tipo de equipo: **ONDAS DE CHOQUE**    marca: **BTL**    modelo: **BTL 5800**  
 No de serie: **044-B-01229**                      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 |    |    |    |
| Botones de manipulación funcionando correctamente           |    |    |    |
| 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 procedimiento realizado correctamente                |    |    |    |

Condiciones de uso:            O buenas            O regular            O malas



|  |          |           |         |    |    |
|--|----------|-----------|---------|----|----|
| Condiciones de uso:  | O buenas | O regular | O malas |    |    |
| Observaciones _____  |          |           |         |    |    |
| Tipo de equipo: <b>EQUIPO DE ULTRASONIDO Y ESTIMULACION</b> marca: <b>INTELECT</b> modelo: <b>MOBILE COMBO</b><br>No de serie: <b>2133</b> No de inventario: |          |           |         |    |    |
| <b>Revisión física y funcional de equipo medico</b>  |          |           | SI      | NO | NA |
| Alimentación eléctrica adecuada  |          |           |         |    |    |
| Estado físico del equipo correcto  |          |           |         |    |    |
| Cables de alimentación eléctrica físicamente en buen estado  |          |           |         |    |    |
| Botones de manipulación funcionando correctamente  |          |           |         |    |    |
| Pantalla funcionando   |          |           |         |    |    |
| Funcionamiento y estado físico de botones o perillas adecuado  |          |           |         |    |    |
| Prueba de soporte con banco de baterías correcta   |          |           |         |    |    |
| Ultimo procedimiento realizado correctamente   |          |           |         |    |    |
| Condiciones de uso: O buenas O regular O malas   |          |           |         |    |    |
| Observaciones _____  |          |           |         |    |    |
| Tipo de equipo: <b>ESTIMULADOR</b> marca: <b>TWIN STIM</b> modelo: <b>NA</b><br>No de serie: <b>NA</b> No de inventario:                                     |          |           |         |    |    |
| <b>Revisión física y funcional de equipo medico</b>  |          |           | SI      | NO | NA |
| Alimentación eléctrica adecuada  |          |           |         |    |    |
| Estado físico del equipo correcto  |          |           |         |    |    |
| Cables de alimentación eléctrica físicamente en buen estado  |          |           |         |    |    |
| Botones de manipulación funcionando correctamente  |          |           |         |    |    |
| Pantalla funcionando   |          |           |         |    |    |
| Funcionamiento y estado físico de botones o perillas adecuado  |          |           |         |    |    |
| Prueba de soporte con banco de baterías correcta   |          |           |         |    |    |
| Ultimo procedimiento realizado correctamente   |          |           |         |    |    |
| Condiciones de uso: O buenas O regular O malas   |          |           |         |    |    |
| Observaciones _____  |          |           |         |    |    |
| Tipo de equipo: <b>EQUIPO DE TERAPIA LASER</b> marca: <b>CPA</b> modelo: <b>QUANTUM</b><br>No de serie: <b>NA</b> No de inventario:                          |          |           |         |    |    |
| <b>Revisión física y funcional de equipo medico</b>  |          |           | SI      | NO | NA |
| Alimentación eléctrica adecuada  |          |           |         |    |    |
| Estado físico del equipo correcto  |          |           |         |    |    |
| Cables de alimentación eléctrica físicamente en buen estado  |          |           |         |    |    |
| Botones de manipulación funcionando correctamente  |          |           |         |    |    |
| Pantalla funcionando   |          |           |         |    |    |
| Funcionamiento y estado físico de botones o perillas adecuado  |          |           |         |    |    |
| Prueba de soporte con banco de baterías correcta   |          |           |         |    |    |
| Ultimo procedimiento realizado correctamente   |          |           |         |    |    |

|   |          |           |         |
|---|----------|-----------|---------|
| Condiciones de uso:   | O buenas | O regular | O malas |
| Observaciones _____   |          |           |         |
| Tipo de equipo: <b>ULTRASONIDO</b> marca: <b>RICH MAR</b> modelo: <b>NA</b><br>No de serie: <b>NA</b> No de inventario:                             |          |           |         |
| <b>Revisión física y funcional de equipo medico</b>   | SI       | NO        | NA      |
| Alimentación eléctrica adecuada   |          |           |         |
| Estado físico del equipo correcto   |          |           |         |
| Cables de alimentación eléctrica físicamente en buen estado   |          |           |         |
| Botones de manipulación funcionando correctamente   |          |           |         |
| Pantalla funcionando  |          |           |         |
| Funcionamiento y estado físico de botones o perillas adecuado   |          |           |         |
| Prueba de soporte con banco de baterías correcta  |          |           |         |
| Ultimo procedimiento realizado correctamente  |          |           |         |
| Condiciones de uso:            O buenas            O regular            O malas   |          |           |         |
| Observaciones _____   |          |           |         |
| Tipo de equipo: <b>EQUIPO DE TERAPIA LASER</b> marca: <b>COSMOGAMMA</b> modelo: <b>CYBORG LASER</b><br>No de serie: <b>MW1303</b> No de inventario: |          |           |         |
| <b>Revisión física y funcional de equipo medico</b>   | SI       | NO        | NA      |
| Alimentación eléctrica adecuada   |          |           |         |
| Estado físico del equipo correcto   |          |           |         |
| Cables de alimentación eléctrica físicamente en buen estado   |          |           |         |
| Botones de manipulación funcionando correctamente   |          |           |         |
| Pantalla funcionando  |          |           |         |
| Funcionamiento y estado físico de botones o perillas adecuado   |          |           |         |
| Prueba de soporte con banco de baterías correcta  |          |           |         |
| Ultimo procedimiento realizado correctamente  |          |           |         |
| Condiciones de uso:            O buenas            O regular            O malas   |          |           |         |
| Observaciones _____   |          |           |         |
| Tipo de equipo: <b>EQUIPO DE CRIOTERAPIA</b> marca: <b>CRYO B</b> modelo: <b>CHILLOUT</b><br>No de serie: <b>CHI11145</b> No de inventario:         |          |           |         |
| <b>Revisión física y funcional de equipo medico</b>   | SI       | NO        | NA      |
| Alimentación eléctrica adecuada   |          |           |         |
| Estado físico del equipo correcto   |          |           |         |
| Cables de alimentación eléctrica físicamente en buen estado   |          |           |         |
| Botones de manipulación funcionando correctamente   |          |           |         |
| Pantalla funcionando  |          |           |         |
| Desplazamiento de la cabina adecuado  |          |           |         |
| Sellos y empaques en buen estado  |          |           |         |
| Funcionamiento y estado físico de botones adecuado  |          |           |         |



|   |  |                      |  |                      |    |    |
|---|--|----------------------|--|----------------------|----|----|
| Ultimo procedimiento realizado correctamente                                    |  |                      |  |                      |    |    |
| Condiciones de uso:            O buenas            O regular            O malas |  |                      |  |                      |    |    |
| Observaciones _____   |  |                      |  |                      |    |    |
| <hr/>   |  |                      |  |                      |    |    |
| Tipo de equipo: <b>EQUIPO DE ELECTROTERAPIA</b>                                 |  | marca: <b>TENS</b>   |  | modelo: <b>E300T</b> |    |    |
| No de serie: <b>9424169</b>   |  | No de inventario:    |  |                      |    |    |
| <b>Revisión física y funcional de equipo medico</b>                             |  |                      |  | SI                   | NO | NA |
| Alimentación eléctrica adecuada   |  |                      |  |                      |    |    |
| Estado físico del equipo correcto   |  |                      |  |                      |    |    |
| Cables de alimentación eléctrica físicamente en buen estado                     |  |                      |  |                      |    |    |
| Botones de manipulación funcionando correctamente                               |  |                      |  |                      |    |    |
| Pantalla funcionando  |  |                      |  |                      |    |    |
| Funcionamiento y estado físico de botones o perillas adecuado                   |  |                      |  |                      |    |    |
| Prueba de soporte con banco de baterías correcta                                |  |                      |  |                      |    |    |
| Cables accesorios para conducción en buen estado                                |  |                      |  |                      |    |    |
| Ultimo procedimiento realizado correctamente                                    |  |                      |  |                      |    |    |
| Condiciones de uso:            O buenas            O regular            O malas |  |                      |  |                      |    |    |
| Observaciones _____   |  |                      |  |                      |    |    |
| <hr/>   |  |                      |  |                      |    |    |
| Tipo de equipo: <b>EQUIPO DE ELECTROTERAPIA</b>                                 |  | marca: <b>I-TECH</b> |  | modelo: <b>T-ONE</b> |    |    |
| No de serie: <b>08304/14</b>  |  | No de inventario:    |  |                      |    |    |
| <b>Revisión física y funcional de equipo medico</b>                             |  |                      |  | SI                   | NO | NA |
| Alimentación eléctrica adecuada   |  |                      |  |                      |    |    |
| Estado físico del equipo correcto   |  |                      |  |                      |    |    |
| Cables de alimentación eléctrica físicamente en buen estado                     |  |                      |  |                      |    |    |
| Botones de manipulación funcionando correctamente                               |  |                      |  |                      |    |    |
| Pantalla funcionando  |  |                      |  |                      |    |    |
| Funcionamiento y estado físico de botones o perillas adecuado                   |  |                      |  |                      |    |    |
| Prueba de soporte con banco de baterías correcta                                |  |                      |  |                      |    |    |
| Cables accesorios para conducción en buen estado                                |  |                      |  |                      |    |    |
| Ultimo procedimiento realizado correctamente                                    |  |                      |  |                      |    |    |
| Condiciones de uso:            O buenas            O regular            O malas |  |                      |  |                      |    |    |
| Observaciones _____   |  |                      |  |                      |    |    |
| <hr/>   |  |                      |  |                      |    |    |
| Tipo de equipo: <b>EQUIPO DE ELECTROTERAPIA</b>                                 |  | marca: <b>I-TECH</b> |  | modelo: <b>T-ONE</b> |    |    |
| No de serie: <b>08305/14</b>  |  | No de inventario:    |  |                      |    |    |
| <b>Revisión física y funcional de equipo medico</b>                             |  |                      |  | SI                   | NO | NA |
| Alimentación eléctrica adecuada   |  |                      |  |                      |    |    |
| Estado físico del equipo correcto   |  |                      |  |                      |    |    |
| Cables de alimentación eléctrica físicamente en buen estado                     |  |                      |  |                      |    |    |
| Botones de manipulación funcionando correctamente                               |  |                      |  |                      |    |    |
| Pantalla funcionando  |  |                      |  |                      |    |    |
| Funcionamiento y estado físico de botones o perillas adecuado                   |  |                      |  |                      |    |    |



ÁREA BIOMÉDICA  
LEVANTAMIENTO PERIODICO DE EQUIPO



|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Prueba de soporte con banco de baterías correcta                                |  |  |  |
| Cables accesorios para conducción en buen estado                                |  |  |  |
| Ultimo procedimiento realizado correctamente                                    |  |  |  |
| Condiciones de uso:            O buenas            O regular            O malas |  |  |  |
| Observaciones _____   |  |  |  |

|   |    |                   |    |
|---|----|-------------------|----|
| Tipo de equipo: <b>EQUIPO DE ELECTROTERAPIA</b> marca: <b>I-TECH</b> modelo: <b>T-ONE</b> |    |                   |    |
| No de serie: <b>08306/14</b>  |    | No de inventario: |    |
| <b>Revisión física y funcional de equipo medico</b>                                       | SI | NO                | NA |
| Alimentación eléctrica adecuada   |    |                   |    |
| Estado físico del equipo correcto   |    |                   |    |
| Cables de alimentación eléctrica físicamente en buen estado                               |    |                   |    |
| Botones de manipulación funcionando correctamente   |    |                   |    |
| Pantalla funcionando  |    |                   |    |
| Funcionamiento y estado físico de botones o perillas adecuado                             |    |                   |    |
| Prueba de soporte con banco de baterías correcta  |    |                   |    |
| Cables accesorios para conducción en buen estado  |    |                   |    |
| Ultimo procedimiento realizado correctamente  |    |                   |    |
| Condiciones de uso:            O buenas            O regular            O malas           |    |                   |    |
| Observaciones _____   |    |                   |    |

|   |    |                   |    |
|---|----|-------------------|----|
| Tipo de equipo: <b>EQUIPO DE ELECTROTERAPIA</b> marca: <b>GVM</b> modelo: <b>TWINSTIM</b> |    |                   |    |
| No de serie: <b>7130700617</b>  |    | No de inventario: |    |
| <b>Revisión física y funcional de equipo medico</b>                                       | SI | NO                | NA |
| Alimentación eléctrica adecuada   |    |                   |    |
| Estado físico del equipo correcto   |    |                   |    |
| Cables de alimentación eléctrica físicamente en buen estado                               |    |                   |    |
| Botones de manipulación funcionando correctamente   |    |                   |    |
| Pantalla funcionando  |    |                   |    |
| Funcionamiento y estado físico de botones o perillas adecuado                             |    |                   |    |
| Prueba de soporte con banco de baterías correcta  |    |                   |    |
| Cables accesorios para conducción en buen estado  |    |                   |    |
| Ultimo procedimiento realizado correctamente  |    |                   |    |
| Condiciones de uso:            O buenas            O regular            O malas           |    |                   |    |
| Observaciones _____   |    |                   |    |

|   |    |                   |    |
|---|----|-------------------|----|
| Tipo de equipo: <b>EQUIPO DE ELECTROTERAPIA</b> marca: <b>GVM</b> modelo: <b>TWINSTIM</b> |    |                   |    |
| No de serie: <b>7130700036</b>  |    | No de inventario: |    |
| <b>Revisión física y funcional de equipo medico</b>                                       | SI | NO                | NA |
| Alimentación eléctrica adecuada   |    |                   |    |
| Estado físico del equipo correcto   |    |                   |    |
| Cables de alimentación eléctrica físicamente en buen estado                               |    |                   |    |
| Botones de manipulación funcionando correctamente   |    |                   |    |





