

Folio	
Fecha	/ /
Hora	

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

Tipo de equipo: **EQUIPO DE RADIOFRECUENCIA ULTRASÓNICA** marca: **bioenergy biotecnología**  
modelo: **150IV01** No de serie: **2003** No de inventario: **CEMA/SPA/NOV15/EQP001/2003**

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: **BELEX** marca: **SORISA** modelo: **BELEX-08**  
No de serie: **9408** No de inventario: **CEMA/SPA/NOV15/EQP002/9408**

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			
Ultimo estudio realizado correctamente			

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

---

Tipo de equipo: **VAPORIZADOR** marca: **SILVER FOX** modelo: **B-002 FUERAL STARNER**  
No de serie: **SN** No de inventario: **CEMA/SPA/NOV15/EQP003/SN**

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			
Funcionamiento y estado físico de botones adecuado			
Prueba de soporte con banco de baterías correcta			
Ultimo estudio realizado correctamente			
Condiciones de uso:            O buenas                    O regular                    O malas			
Observaciones _____			

Tipo de equipo: **LAMPARA DE PEDESTAL**    marca: **SM**    modelo: **SM**  
 No de serie: **SN**                    No de inventario: **CEMA/SPA/NOV15/EQP004/SN**

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: **AUTOCLAVE DE RAYOS V**    marca: **SM**    modelo: **HOT CABINET**  
 No de serie: **Z00310**                    No de inventario: **CEMA/SPA/NOV15/EQP005/Z00310**

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:            O buenas                    O regular                    O malas			
Observaciones _____			

Tipo de equipo: **LAMPARA DE PEDESTAL**    marca: **SM**    modelo: **SM**  
 No de serie: **SN**    No de inventario: **CEMA/SPA/NOV15/EQP007/SN**

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: **COMPRESERO**    marca: **INTERFERENCIALES**    modelo: **2102**  
 No de serie: **T19683C**                    No de inventario: **CEMA/SPA/NOV15/EQP008/T19683C**

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			
Encendido de resistencia adecuada			
Calentamiento de agua adecuado y regulable			
Ultimo procedimiento realizado correctamente			
Condiciones de uso:            O buenas                    O regular                    O malas			
Observaciones _____			
_____			

Tipo de equipo: **CAPSULA DE MASAJE**    marca: **SM**    modelo: **STEAM SPACE STAND**  
 No de serie: **T19683C**                    No de inventario: **CEMA/SPA/NOV15/EQP010/SN**

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: **PRESOR**    marca: **SORISA**    modelo: **0314EXCELLENCE**  
 No de serie: **144000**                    No de inventario: **CEMA/SPA/NOV15/EQP011/SN**

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			



AREA BIOMÉDICA  
LEVANTAMIENTO PERIODICO DE EQUIPO



Pantalla funcionando			
Funcionamiento y estado físico de botones adecuado			
Prueba de soporte con banco de baterías correcta			
Ultimo estudio realizado correctamente			
Condiciones de uso:            O buenas            O regular            O malas			
Observaciones _____			
Tipo de equipo: <b>ESTERILIZADOR EMISOR DE RAYOS V</b> marca: <b>DESSE</b> modelo: <b>SM</b>			
No de serie: <b>NS</b> No de inventario: <b>CEMA/SPA/NOV15/EQP012/SN</b>			
<b>Revisión física y funcional de equipo medico</b>	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:            O buenas            O regular            O malas			
Observaciones _____			

_____	_____
BIOMEDICO CEMA	RESPONSABLE DE AREA