ÁREA BIOMÉDICA
LEVANTAMIENTO PERIODICO DE EQUIPO

Folio	
Fecha	/ /
Hora	

DEPARTAMENTO:

Departamento: **CONSULTORIOS**

Teléfono y Extensión:_____

Personal Responsable del uso:_____

Tipo de equipo: **LAMPARA DE PEDESTAL** 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			
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: **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: **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: **BASCULA** marca: **BAME** modelo: **420**
No de serie: **303-15** 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			
Ultima prueba realizada correctamente			

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

Tipo de equipo: **BASCULA ELECTRONICA** marca: **TLM** modelo: **BSM370**
No de serie: **P9803F8CE** 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			
Ultima prueba realizada correctamente			

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

_____ BIOMEDICO CEMA	_____ RESPONSABLE DE AREA