

Formato para visita de rutina

CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA

Nombre y firma del ingeniero a cargo de la visita de rutina:	Fecha:	Hora:
--	--------	-------

	Área	Reporte de incidentes o fallas detectadas durante la visita.	Solicitudes de servicio	Nombre del usuario/responsable del área	Firma
Planta baja	Consultorios				
	Nutrición				
	Análisis de movimiento				
	Ergometría				
	Urgencias				
	Imagenología				
Planta alta	Consultorios				
	Hospitalización				
	Quirófano, CEyE y recuperación				
	Laboratorio de muestras				