

Jose D. X. Carriz

Fecha: 31/09/2020

Responsable del Llenado de la Ficha: _____

Institución Receptora: _____

Hosp. Santiago Rodríguez

Correo Electrónico: _____

Teléfono: _____

Equipos	Verificación Diaria	Verificación Semanal	Verificación Mensual	Verificación Trimestral	Verificación Semestral	Verificación Anual
Máquinas Anestesia	-	C	-	-	-	-
Desfibrilador	-	C	-	-	-	-
Mesa Quirúrgica	-	C	-	-	-	-
Lámpara Cefálica	-	-	-	-	-	-
Autoclave	C	-	-	-	-	-
Electrocardiógrafo	C	C	-	-	-	-
Aspirador Quirúrgico	C	C	-	-	-	-
Ventiladores	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Monitores	-	-	-	-	-	-
Limpiezas y Revisiones Generales	-	-	-	-	-	-
Aires Acondicionado o Re-Cambio Filtros Hepa	-	-	-	-	-	-
Limpieza y Desinfección de Ductos	-	-	-	-	-	-
Piso Aséptico	C	-	-	-	-	-
Revisión UPS	C	-	-	-	-	-
Revisión Paneles Aislamiento	-	-	-	-	-	-
Gases Medicinales	-	-	-	-	-	-
Controles Acceso	-	-	-	-	-	-
Calidad del Agua	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Nota: método de verificación será mediante informe con imágenes fotográficas de tener contratos debe presentar contratos, antes y después de lo ejecutado según la periodicidad.

Observaciones:

N/A tener mes Trámite de permiso para agua potable

Nombre y Firma

[Signature]

