

UNIDAD: _____

RESPONSABLE _____

MES: _____

ITEM	DESCRIPCIÓN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	FECHA DE REVISIÓN MANTENIMIENTO		
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI		NO	
1	DESFIBRILADOR, LEEDS EKG, BATERÍA, CONECCIÓN A CA.																																		
2	PRUEBA DE FUNCIONAMIENTO DE DESFIBRILADOR																																		
3	LARINGOSCOPIO FUNCIONANDO																																		
4	LARINGOSCOPIO MACOY FUNCIONANDO																																		
5	COCHE DE PARO LIMPIO Y ORDENADO.																																		
6	DISPONIBILIDAD DE FORMULARIOS																																		
7	LISTADOS DE STOCKS ESTABLECIDOS																																		
8	UBICACIÓN DEL COCHE DE PARO ES ADECUADA																																		
9	SEMAFORIZACIÓN VIGENTE																																		
10	INTEGRIDAD																																		
11	TIJERA EXCLUSIVA PARA CORTAR EL SELLO																																		
12	COCHE DE PARO CON SEGURIDAD																																		

OBSERVACIONES:.....
.....