



Planilla de Control de equipamiento médico por servicio

Nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_ Jefe de Servicio: \_\_\_\_\_

	Equipo	Marca	Modelo	Número de serie	Fecha de últ. mantenimiento
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Responsable: \_\_\_\_\_

Firma Director \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_