|  |
| --- |
| **EQUIPAMIENTO BIOMEDICO - GRUPO 1 – RIESGO ALTO** |
| **TITULAR / RAZON SOCIAL** |  *NOMBRE*  | **DOMICILIO** |  *DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO*  |
|
| **SERVICIO** | **EQUIPAMIENTO CON RIESGO PACIENTE O VIDA SEGÚN DECRETO N° 3405/07** | **VERIFICACION TECNICA** | **FIRMA Y SELLO BIOINGENIERO** |
| **NOMBRE DEL EQUIPO** | **MARCA** | **MODELO** | **N° DE SERIE** | **ANMAT** **SI / NO** | **FECHA** | **N° INFORME** |
| *SERVICIO* | *NOMBRE* | *MARCA* | *MODELO* | *N° DE SERIE* | *SI/NO*  | *FECHA* | *N° INFORME* |  |
| \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ |  *\_ \_ \_ \_*  | \_ \_ | ***\_ \_ \_ \_*** | *\_ \_ \_ \_*  |  |
| \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ |  *\_ \_ \_ \_*  | \_ \_ | ***\_ \_ \_ \_*** | *\_ \_ \_ \_*  |  |
| \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ |  *\_ \_ \_ \_*  | \_ \_ | ***\_ \_ \_ \_*** | *\_ \_ \_ \_*  |  |
| \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ |  *\_ \_ \_ \_*  | \_ \_ | ***\_ \_ \_ \_*** | *\_ \_ \_ \_*  |  |
| \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ |  *\_ \_ \_ \_*  | \_ \_ | ***\_ \_ \_ \_*** | *\_ \_ \_ \_*  |  |
| \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ |  *\_ \_ \_ \_*  | \_ \_ | ***\_ \_ \_ \_*** | *\_ \_ \_ \_*  |  |
| \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ |  *\_ \_ \_ \_*  | \_ \_ | ***\_ \_ \_ \_*** | *\_ \_ \_ \_*  |  |
| **JUNTO CON LA PLANILLA, SE DEBERÁN ADJUNTAR LOS INFORMES EMITIDOS POR LA INSTITUCIÓN VERIFICADORA. EN CASO DE NO PRESENTAR LOS MISMOS,**  **ESTA PLANILLA CARECERÁ DE VALIDEZ** |
| GRUPO 1 - EJEMPLOS:CARDIODESFIBRILADORMARCAPASO EXTERNO AUTOMÁTICO | MESA DE ANESTESIARESPIRADORELECTROBISTURÍ | INCUBADORAOXIMETRO PARA USO PEDIATRICO | ELECTROCARDIÓGRAFOOTROS | **FIRMA Y SELLO DIRECTOR TECNICO** |