

LISTA DE VERIFICACIÓN AMBULANCIA (1)

(Condiciones del Vehículo)

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL		RESPONSABLE
LOCALIDAD	ZONA SANITARIA	FECHA

<p>GENERALES</p> <p><input type="checkbox"/> MARCA:</p> <p><input type="checkbox"/> MODELO:</p> <p><input type="checkbox"/> AÑO:</p> <p><input type="checkbox"/> LEGAJO:</p> <p><input type="checkbox"/> PATENTE:</p> <p><input type="checkbox"/> KM TOTALES:</p> <p><input type="checkbox"/> DOCUMENTACIÓN DEL VEHICULO.</p> <p><input type="checkbox"/> SEGURO AUTOMOTOR</p> <p><input type="checkbox"/> LICENCIA CONDUCCIÓN VIGENTE</p>	<p>CHEQUEO MOTOR-FLUIDOS</p> <p><input type="checkbox"/> FECHA ÚLTIMO SERVICE:</p> <p><input type="checkbox"/> KM ÚLTIMO SERVICE:</p> <p><input type="checkbox"/> FECHA Y MOTIVO ÚLTIMO INGRESO AL TALLER:</p> <p><input type="checkbox"/> NIVEL DE ACEITE</p> <p><input type="checkbox"/> NIVEL DE REFRIGERANTE</p> <p><input type="checkbox"/> LÍQUIDO LIMPIALABAPARABRISAS</p> <p><input type="checkbox"/> CORREAS</p> <p><input type="checkbox"/> MANGUERAS</p> <p><input type="checkbox"/> BATERÍA</p> <p><input type="checkbox"/> COMBUSTIBLE</p>	<p>SEGURIDAD</p> <p><input type="checkbox"/> FRENOS</p> <p><input type="checkbox"/> DIRECCIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> NEUMÁTICOS</p> <p><input type="checkbox"/> LUCES DELANTERAS</p> <p><input type="checkbox"/> FAROS ANTINEBLA</p> <p><input type="checkbox"/> LUCES TRASERAS</p> <p><input type="checkbox"/> LUCES DE FRENO</p> <p><input type="checkbox"/> LUCES DE GIRO</p> <p><input type="checkbox"/> BALIZAS</p> <p><input type="checkbox"/> BALIZAS LATERALES (PERIMETRALES)</p> <p><input type="checkbox"/> BALIZAS SUPERIORES (PRINCIPAL)</p> <p><input type="checkbox"/> SIRENA</p> <p><input type="checkbox"/> MEGÁFONO</p> <p><input type="checkbox"/> CINTURONES</p> <p><input type="checkbox"/> AIRBAGS</p> <p><input type="checkbox"/> NAVEGADOR GPS</p> <p><input type="checkbox"/> VIGÍA</p> <p><input type="checkbox"/> BLOQUEO DE PUERTAS</p> <p><input type="checkbox"/> LIMPIAPARABRISAS</p> <p><input type="checkbox"/> INDICADOR ALERTAS DEL TABLERO</p> <p><input type="checkbox"/> EXTINTOR/MATAFUEGOS</p> <p><input type="checkbox"/> RUEDA DE AUXILIO</p> <p><input type="checkbox"/> GATO Y LLAVE PARA AUXILIAR</p> <p><input type="checkbox"/> BALIZA TRIÁNGULO REFLECTIVA</p>
<p>COMUNICACIONES</p> <p><input type="checkbox"/> HANDIE/TRANCEPTOR PORTÁTIL</p> <p><input type="checkbox"/> BASE VHF</p> <p><input type="checkbox"/> ANTENA VHF</p> <p><input type="checkbox"/> RADIO AM/FM</p> <p><input type="checkbox"/> INTERCOMUNICADOR</p>	<p>PROTECCIÓN PERSONAL</p> <p><input type="checkbox"/> CHALECO REFLECTANTE.</p> <p><input type="checkbox"/> GUANTES.</p> <p><input type="checkbox"/> IMPERMEABLE.</p> <p><input type="checkbox"/> BOTAS.</p> <p><input type="checkbox"/> LINTERNA.</p>	
<p>EXTERIOR</p> <p><input type="checkbox"/> VIDRIOS Y PARABRISAS</p> <p><input type="checkbox"/> PUERTAS DELANTERAS</p> <p><input type="checkbox"/> PUERTAS MODULO SANITARIO</p> <p><input type="checkbox"/> CHAPA Y PINTURA (abolladuras/toques/rayones).</p> <p><input type="checkbox"/> LAVADO</p> <p><input type="checkbox"/> ESPEJOS</p>	<p>INTERIOR</p> <p><input type="checkbox"/> AIRE ACONDICIONADO</p> <p><input type="checkbox"/> CALEFACCIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> LUCES</p> <p><input type="checkbox"/> TAPIZADOS</p> <p><input type="checkbox"/> LIMPIEZA</p>	

OBSERVACIONES:

SE DEBE REPARAR:

REQUIERE CAMBIO DE:

LISTA DE VERIFICACIÓN AMBULANCIA (2) (Módulo Sanitario)

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	MOVIL (LEGAJO/PATENTE)	FECHA
LOCALIDAD	ZONA SANITARIA	RESPONSABLE

<p>EQUIPAMIENTO DE ASISTENCIA CARDIOVASCULAR</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CARDIODESFIBRILADOR <input type="checkbox"/> DEA <input type="checkbox"/> ELECTROCARDÍOGRAFO <input type="checkbox"/> BOMBA DE INFUSIÓN <input type="checkbox"/> MONITOR MULTIPARAMÉTRICO <input type="checkbox"/> SOLUCIONES PARENTERALES <input type="checkbox"/> CATETERES PERIFÉRICOS (ABBOCATS) <input type="checkbox"/> EQUIPO ADMINISTRACIÓN SOLUCIONES (GUÍAS) <input type="checkbox"/> PRESURIZADOR DE SUEROS 	<p>EQUIPAMIENTO DE ASISTENCIA RESPIRATORIA Y MANEJO DE VÍA AÉREA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TUBOS DE OXIGENO <input type="checkbox"/> OXIGENO PORTATIL <input type="checkbox"/> REGULADORES Y FLUJIMETROS <input type="checkbox"/> RESPIRADOR <input type="checkbox"/> ASPIRADOR CENTRAL <input type="checkbox"/> ASPIRADOR PORTÁTIL ELÉCTRICO <input type="checkbox"/> BOLSO DE VIA AEREA <input type="checkbox"/> EQUIPO DE REANIMACIÓN (ADULTO) <input type="checkbox"/> EQUIPO DE REANIMACIÓN (PEDIÁTRICO/NEO) <input type="checkbox"/> LARINGOSCOPIO (ADULTO) <input type="checkbox"/> LARINGOSCOPIO (PEDIÁTRICO) <input type="checkbox"/> PILAS (BATERÍAS ADICIONALES) <input type="checkbox"/> MANDRIL <input type="checkbox"/> PINZAS MAGILL <input type="checkbox"/> SET CRICOSTOMÍA <input type="checkbox"/> SET PUNCIÓN TÓRAX <input type="checkbox"/> MASCARA FACIAL c/RESERV. (ADULTO) <input type="checkbox"/> MASCARA FACIAL c/RESERV. (PEDIÁTRICA) <input type="checkbox"/> NARINAS (ADULTO Y PEDIÁTRICA) <input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL 2,5-3-3,5-4-4,5-5-5,5-6-6,5-7-7,5-8-8,5 <input type="checkbox"/> MASCARA LARINGEA 2,5-3-3,5-4-4,5-5-5,5-6-6,5-7-7,5-8-8,5 <input type="checkbox"/> CANULAS OROFARINGEAS (MAYO) <input type="checkbox"/> CANULAS NASOFARINGEAS <input type="checkbox"/> ASPIRADOR MANUAL <input type="checkbox"/> AEROCAMARA (ADULTO Y PEDIÁTRICA) <input type="checkbox"/> CATETER/SONDAS DE ASPIRACION/DRENAJE <input type="checkbox"/> SONDAS NASOGÁSTRICAS <input type="checkbox"/> SONDAS VESICALES (NELATON/FOLEY) 	<p>MALETÍN MEDICO Y CAJA DE CURACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TENSIOMETRO <input type="checkbox"/> ESTETOSCOPIO <input type="checkbox"/> PULSIOXIMETRO <input type="checkbox"/> TERMOMETRO <input type="checkbox"/> HEMOGLUCOTEST <input type="checkbox"/> TIJERAS <input type="checkbox"/> CINTA/TELA ADHESIVA <input type="checkbox"/> GASAS <input type="checkbox"/> APOSITOS <input type="checkbox"/> VENDAS <input type="checkbox"/> ALGODON <input type="checkbox"/> ALCOHOL <input type="checkbox"/> ALCOHOL EN GEL <input type="checkbox"/> AGUA OXIGENADA <input type="checkbox"/> IODOPOVIDONA <input type="checkbox"/> VASELINA/LUBRICANTE <input type="checkbox"/> GEL CONDUCTOR <input type="checkbox"/> ADHESIVO INSTATÁNEO
<p>EQUIPAMIENTO DE ASISTENCIA DEL TRAUMA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> BOLSO DE TRAUMA <input type="checkbox"/> COLLARES CERVICALES <input type="checkbox"/> INMOVILIZADORES LATEROCERVICALES <input type="checkbox"/> SUJETADOR CEFÁLICO DE TABLA ESPINAL <input type="checkbox"/> TABLA RAQUIS LARGA <input type="checkbox"/> TABLA PEDIATRICA <input type="checkbox"/> CHALECO ESTRICACION <input type="checkbox"/> FERULAS INFLABLES <input type="checkbox"/> INFLADOR p/FERULAS <input type="checkbox"/> TIRAS VELCRO ADICIONALES 	<p>EQUIPO DE PROTECCION/ BIOSEGURIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> GUANTES EXAMINACION <input type="checkbox"/> GUANTES ESTERILES <input type="checkbox"/> GAFAS <input type="checkbox"/> BARBIJO/MASCARILLA <input type="checkbox"/> CAMISOLINES ESTÉRILES <input type="checkbox"/> COMPRESAS ESTERILES <input type="checkbox"/> SET SABANAS p/QUEMADOS <input type="checkbox"/> MANTA TÉRMICA <input type="checkbox"/> CHAQUETILLA REFLECTANTE <input type="checkbox"/> DESCARTADOR DE PUNZANTES <input type="checkbox"/> BOLSA ROJA RESIDUOS PATOLOGICOS 	
<p>VARIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CAMILLA <input type="checkbox"/> SILLA DE RUEDAS <input type="checkbox"/> INCUBADORA <input type="checkbox"/> CAJA DE PARTO <input type="checkbox"/> CAJA DE CIRUGÍA MENOR <input type="checkbox"/> CAJA DE MEDICACION <input type="checkbox"/> CALENTADOR DE SOLUCIONES 		

NOTAS