|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA: |  | | | | | | | | | | | | LUGAR: | | | |  | | | | | |
| **INSPECCIONADO POR:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | **En Integridad del Empaque marca B =Bueno, R=Regular, M=Malo, N/A= No Aplica.** | | | | | |
| **CRITERIO A VERIFICAR** | **Isodine solución** | **Solución salina** | **Gasa esterilizada** | **Curas** | **Gasa no esterilizada** | **Vendas elásticas** | | **Aplicadores** | **Suero oral** | **Esparadrapo** | **Micropore** | **apósito** | | **Tijeras tipo trauma** | **Termómetro** | **Guantes desechables** | | **Baja Lenguas** | **Lista teléfonos de emergencias** | **ACCIÓN CORRECTIVA PROPUESTA** | | **Fecha Propuesta/**  **Ejecución** | |
| **CANTIDAD** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | |
| **FECHA DE VENCIMIENTO** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | |
| **INTEGRIDAD DEL EMPAQUE** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  | |
| ¿La caja contenedora de los elementos está en buen estado? SI NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **OBSERVACIONES** | | | |
| ¿La Camilla se encuentra en buen estado? SI NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| ¿Las reatas de las camillas están en buen estado? SI NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| ¿Se tiene Inmovilizador Cervical? SI NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| ¿El Inmovilizador esta en buen estado? SI NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN INSPECCIONO** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | **NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE** |  | | |