|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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** |  |