

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL AREA REGULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN Laboratorios Clínicos		N° CONSECUTIVO: _____	
Formulario N° 1 ENTREGA INSTRUMENTOS MEDIDORES DE GLUCOSA EN SANGRE CAPILAR			
NOMBRE DEL SOLICITANTE: (físico o jurídico)		HOSPITAL: _____ CLÍNICA: _____ AREA SALUD: _____ EBAIS: _____ OTROS (indicar): _____	
N° INSTRUMENTOS SOLICITADOS:		N° INSTRUMENTOS DISPONIBLES ACTUALMENTE:	
OBSERVACIONES: (Indicar si son para reposición por daño o pérdida).		CONSUMO PROMEDIO MENSUAL (frasco de 50 tiras): _____	
Formulario N° 2 ACTA DE ENTREGA			
N° INSTRUMENTOS DESPACHADOS:		CASA COMERCIAL: _____ FABRICANTE: _____ MODELO: _____	
# DE SERIE (Llenar hojas adicionales en caso necesario):			
Nombre Funcionario que Entrega:		Nombre Funcionario que Recibe:	
Puesto:		Puesto:	
FECHA:		FECHA:	
Firma: N° cédula:.....		Firma: N° cédula:.....	

NOTA: Original Almacén General.

Copia Comisión Técnica Normalización y Compras

SELLO

**BITÁCORA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO O CORRECTIVO
DE USO DE SISTEMAS MEDIDORES DE GLUCOSA**

FECHA	NÚMERO DE SERIE	SERVICIO	CONDICIÓN NOTADA	ACCIÓN TOMADA	FUNCIONARIO RESPONSABLE

**REVISIÓN PERIODICA DE LOS MEDIDORES DE GLUCOSA PAA CONTROL
DE CALIDAD Y BUEN FUNCIONAMIENTO DE LA SOLUCIÓN CONTROL**

FECHA	NÚMERO DE SERIE	SERVICIO	CALIBRACIÓN	CONTROLES	OBSERVACIONES	RESPONSABLE