

*** Es OBLIGATORIO rellenar todos los campos de la documentación ***

INFORMACIÓN GENERAL		Activo
Hospital:		
Motivo de entrada:		Núm. Pedido Siglo:
Fecha de entrada:		Fecha de salida:
Entregado en:		Ubicación destino:
Se instala en:		
DATOS DEL PROVEEDOR		
Empresa:		Núm. Expediente:
Persona de contacto:		Dirección:
Teléfono de contacto:		Teléfono:
E-Mail:		E-Mail:
DATOS DEL EQUIPO		
Descripción del equipo:		
Marca:		Código GMDN:
Modelo:		Fecha de fabricación:
Número de serie/Lote:		REF. del equipo/producto:
Tiempo de garantía:		Fecha de fin de garantía:
Periodicidad de preventivos:		Preventivos incluidos en garantía:
Fecha próximo preventivo:		Clasificación de producto sanitario:

DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR PREVIA A LA ENTREGA DEL EQUIPO		*OBLIGATORIA
1. Marcado CE:	SI ☐ NO ☐	Anexar documento
1.1. Marcado CE de producto sanitario: (Requerido en Clase I estéril o con función de medición, IIa, IIb y III)	SI ☐ NO ☐	Anexar documento
1.2. Marcado CE de producto sanitario IN VITRO: (A, B, C y D)	SI ☐ NO ☐	Anexar documento
2. Declaración de conformidad:	SI ☐ NO ☐	Anexar documento
3. Manual de usuario en español:	SI ☐ NO ☐	Anexar documento
4. Resolución de adjudicación concurso (equipos en cesión):	SI ☐ NO ☐ N/A ☐	Anexar documento
5. Albarán de entrega:	SI ☐ NO ☐ N/A ☐	Anexar documento
6. Checklist, Test report o certificado de revisión en vigor:	SI ☐ NO ☐ N/A ☐	Anexar documento
7. Manual de servicio técnico o documento de fábrica acreditando la periodicidad de los mantenimientos preventivos:	SI ☐ NO ☐ N/A ☐	Anexar documento
8. Certificado en el que se indique expresamente que el vertido generado cumple con los parámetros establecidos en la Ordenanza Municipal (Sevilla) para su evacuación a la red de saneamiento:	SI ☐ NO ☐	Anexar documento



INFORMACIÓN PARA LA PREINSTALACIÓN

1. Conectividad

1.1. Versión de Software:	N.º Versión:	N/A ☐	Es la última versión:	SI ☐ NO ☐
1.1.1. Indicar Última versión disponible:	ADJUNTAR CERTIFICADO DE VERSIÓN DE SOFTWARE			
1.2. Se conecta el equipo a red de datos:	SI ☐ NO ☐ N/A ☐			
1.2.1. Tipo de conexión:	Cable ☐ Wifi ☐ Otros ☐	En caso de "Cable" indique código de roseta:		
1.2.2. Tipo de integración:	PACS ☐ VNA ☐ DICOM ☐ Otros ☐	En caso de "Otros" indique cual:		
1.2.3. Dispone de cortafuegos:	SI ☐ NO ☐ N/A ☐	1.2.4. AETITLE:		
1.2.5. IP:		1.2.6. Segunda IP:		
1.2.7. MAC:		1.2.8 Segunda MAC:		
1.3. La empresa se encargará de la ciberseguridad del dispositivo durante el periodo de garantía:	SI ☐ NO ☐ N/A ☐		En caso afirmativo anexar doc	
1.4. ¿Requiere acceso remoto para servicio técnico externo?			SI ☐ NO ☐	
1.5. Requiere apertura de puertos/VPN			SI ☐ NO ☐	

2. Infraestructura

2.1. Dimensiones:			
2.2. Peso:			
2.3. Requiere cálculo estructura/refuerzo de suelo (kg/m2)			
2.4. Emisión de residuos:	SI ☐ NO ☐		
2.5. Emisión de calor:	SI ☐ NO ☐		
2.6. Requisitos de refrigeración externa	SI ☐ NO ☐		

3. Suministros

3.1. Tomas de gases:	AIRE MEDICINAL ☐ CO2 ☐ O2 ☐ Vacío ☐ N2 ☐ N/A ☐		
3.1.1. Consumo de gases (l)			
3.2. Tensión nominal:			
3.3. Tomas eléctricas:	TRIFÁSICA ☐ MONOFÁSICA ☐		
3.4. Consumo eléctrico (kVA):			
3.5. Condiciones ambientales de trabajo y/o almacenamiento			
3.5.1. Temperatura (°C):			
3.5.2. Humedad relativa (%):			
3.5.3. Incompatibilidades:			
3.6. ¿Requiere SAI?	SI ☐ NO ☐		
3.7. Puesta a tierra especial	SI ☐ NO ☐		
3.8. ¿Requiere de sala especial?	SI ☐ NO ☐		

ENTREGA Y PUESTA EN MARCHA

1. A la entrega, ¿queda el equipo operativo?	Anexar parte de instalación	
1.1. En caso negativo, acreditar causa/motivo:		
2. Se realiza formación al servicio:	En caso afirmativo anexar doc	
3. Se realiza formación a Electromedicina:	En caso afirmativo anexar doc	



INFORMACIÓN ADICIONAL (En caso de entrega de varios dispositivos del mismo modelo, detalle los números de serie):

CONFORMIDAD: A rellenar por electromedicina, responsable de recepcionar la documentación.	SERVICIO:	
	CARGO:	
	NOMBRE:	
	FIRMA:	
	FECHA DE CONFORMIDAD:	

***** Es imprescindible entregar toda la documentación debidamente cumplimentada.**