



	FORMULARIO		CODIGO: DGHA-FO-058	
	Complementario de Verificación de Equipos de Laboratorio Clínico para Certificación de Equipos de Diagnóstico Molecular PCR-RT para Sars-Cov-2		VERSION: 00	
	RESPONSABLE:	Coord. de Inspección DHA	PAGINA: 1 de 2	

		Fecha	
Nombre del Establecimiento			
Dirección			
Provincia		Teléfono	
Correo Electrónico		Vigencia de Habilitación	
Coordinador del Laboratorio Clínico			
VERIFICACION EQUIPOS LABORATORIO CLINICO DE DIANOSTICO MOLECULAR			
1. Cabina de Bioseguridad:	Marca		
	Modelo		
	Fecha de la última Calibración		
Observaciones:			
2. Equipos para Diagnóstico Molecular	Marca		
	Modelo		
	Fecha de la última Calibración		
	Capacidad		
	Tiempo de Procesamiento de Muestra		
Observaciones			
3. Reactivos Utilizados	Nombre del Reactivo		
	No. de Lotes en Existencia		
	Descripción por Lote		
	Cantidad de Reactivo en Existencia	Fecha de Vencimiento	

	FORMULARIO		CODIGO: DGHA-FO-058	
	Complementario de Verificación de Equipos de Laboratorio Clínico para Certificación de Equipos de Diagnóstico Molecular PCR-RT para Sars-Cov-2		VERSION: 00	
	RESPONSABLE:	Coord. de Inspección DHA	PAGINA: 2 de 2	

4. Mezclador de Muestras	Fecha de la última Calibración					
	Marca					
	Modelo					
5. Nevera para Resguardo de:						
a. Muestras	Capacidad					
b. Reactivos	Capacidad					
Observaciones:						
6. Recursos Humanos						
No. de RRHH capacitado para la Toma de Muestra						
No. de Técnicos capacitados para procesar las muestras						
Observaciones:						
7. Equipos						
a. Equipo de Protección completo	Cantidad en existencia		Mascarilla N-95	Protector Ocular	Cobertor Cabeza	Cobertor zapatos
	Bata desechable	Set de Guantes				
Observaciones:						
b. Equipo para Transportar las Muestras						
Observaciones:						

Con mi nombre y firma declaro que es verídica toda la información aquí registrada.

_____ Nombre del Director Técnico	_____ Firma y Sello
_____ Nombre del Inspector/a y/o Supervisor	_____ Firma y Sello
_____ Nombre del Inspector/a y/o Supervisor	_____ Firma y Sello
_____ Nombre del Inspector/a y/o Supervisor	_____ Firma y Sello
_____ Nombre del Inspector/a y/o Supervisor	_____ Firma y Sello