

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL      N° CONSECUTIVO: \_\_\_\_\_  
 AREA REGULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN  
 Laboratorios Clínicos

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