

Formato: Entrega y Uso de Elementos de Protección Personal de Bioseguridad

Fecha: 12/Junio/2020
 Versión: 001

[illegible]

CLÍNICA NUESTRA VICENCIA DE LOS REMEDIOS		Código: SST-FR-109
Formato: Entrega y Uso de Elementos de Protección Personal de Bioseguridad		Fecha: 12/Julio/2020 Versión: 001

FECHA DE ENTREGA		Indicador de Entrega	Gorro	Respirador N95	Mascarilla Quirúrgica	Monogafas	Visor / Careta	Pijama Quirúrgica	Uniforme Antifujo	Bata Antifujo	Guantas	Polainas	NOMBRE Y FIRMA	OBSERVACIONES
D	M	A												
24	9	20	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	Viana T.	
24	9	20	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Alexa	
24	9	20	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Glady S.	
24	9	20	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Angie	
24	9	20	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Silvia	
24	9	20	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Yolanda	
24	9	20	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Diana P.	
24	9	20	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	M.L.	
24	9	20	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Manac	
25	IX	20	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Chenay	
25	IX	20	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Vanessa	
25	IX	20	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Refonmulo	
25	IX	20	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Vanessa	
25	IX	20	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Vanessa	
25	IX	20	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Angie	
25	IX	20	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Silvia Angam.	
25	IX	20	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Quian	
25	IX	20	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	CRUZ	
25	IX	20	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Viana T.	

Me comprometo a utilizar los elementos de protección que me han sido suministrados para el desempeño de mis funciones y actividades dentro del área de trabajo. He sido instruido sobre la manera correcta de su uso y mantenimiento; igualmente me comprometo a mantenerlos en buen estado y reportar cualquier anomalía al jefe inmediato, para su reposición.

Fecha: 12/Junio/2020
Versión: 001

[illegible]

Formato: Entrega y Uso de Elementos de Protección Personal de Biosseguridad

FECHA DE ENTREGA			Gorro.	Respirador N95	Mascarilla Quirúrgica	Monogafas	Visor /Carreta	Pijama Quirúrgica	Uniforme Antifluído	Bata Antifluído	Guantes	Polaínas	NOMBRE Y FIRMA	OBSERVACIONES
D	M	A												
29	09	20	Si	-	Si	Si	-	-	-	-	Si	-	Nereu C.	-
29	09	20	Si	-	Si	Si	-	-	-	-	Si	-	Dionisio P.	-
29	09	20	Si	-	Si	Si	-	-	-	-	Si	-	Efron G.	-
29	09	20	Si	-	Si	Si	-	-	-	-	Si	-	Isabel B.	-
29	09	20	Si	-	Si	Si	-	-	-	-	Si	-	Marcelo A.	-
30	09	20	Si	-	Si	Si	-	-	-	-	Si	-	Isabel B.	-
30	09	20	Si	-	Si	Si	-	-	-	-	Si	-	Marcelo A.	-
30	09	20	Si	-	Si	Si	-	-	-	-	Si	-	Isabel B.	-
30	09	20	Si	-	Si	Si	-	-	-	-	Si	-	Marcelo A.	-
30	09	20	Si	-	Si	Si	-	-	-	-	Si	-	Isabel B.	-
30	09	20	Si	-	Si	Si	-	-	-	-	Si	-	Marcelo A.	-
01	10	20	Si	-	Si	Si	-	-	-	-	Si	-	Isabel B.	-
01	10	20	Si	-	Si	Si	-	-	-	-	Si	-	Marcelo A.	-
10	10	20	Si	-	Si	Si	-	-	-	-	Si	-	Isabel B.	-
01	10	20	Si	-	Si	Si	-	-	-	-	Si	-	Marcelo A.	-
01	10	20	Si	-	Si	Si	-	-	-	-	Si	-	Isabel B.	-
01	10	20	Si	-	Si	Si	-	-	-	-	Si	-	Marcelo A.	-
01	10	20	Si	-	Si	Si	-	-	-	-	Si	-	Isabel B.	-
01	10	20	Si	-	Si	Si	-	-	-	-	Si	-	Marcelo A.	-
01	10	20	Si	-	Si	Si	-	-	-	-	Si	-	Isabel B.	-
01	10	20	Si	-	Si	Si	-	-	-	-	Si	-	Marcelo A.	-
01	10	20	Si	-	Si	Si	-	-	-	-	Si	-	Isabel B.	-
01	10	20	Si	-	Si	Si	-	-	-	-	Si	-	Marcelo A.	-

Me comprometo a utilizar los elementos de protección que me han sido suministrados para el desempeño de mis funciones y actividades dentro del área de trabajo. He sido instruido sobre la manera correcta de su uso y mantenimiento; igualmente me comprometo a mantenerlos en buen estado y reportar cualquier anomalía al Jefe Inmediato, para su reposición.