|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del centro: |  |
| Dirección: |  |
| Responsable: |  |
| Persona de Contacto: |  |
| E-mail de contacto: |  |
| Teléfono de contacto: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sistema de anestesia** | | | | | | | | | | | | | |
| Marca | Modelo | Número  de serie | Año de instalación | Necesita gas motriz para su funcionamiento | Incorpora batería | Parámetros Fisiológicos Monitorizados | | | | | | | Ventilación  sincronizada |
| Frecuencia cardíaca | Frecuencia respiratoria | ECG | Temperatura | Saturación  oxígeno | Presión arterial |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |