



DATOS DEL EQUIPO

FECHA: _____ ENDOSCOPIO: _____
 Nº. DE REPORTE: _____ MODELO: _____
 CLIENTE: _____ Nº. SERIE: _____
 Nº. P.A.T.: _____ DESCRIPCIÓN: _____

IMÁGENES DEL EQUIPO

ANTES

DESPUÉS

PARA INSERTAR IMAGEN

PARA INSERTAR IMAGEN

PARTES DEL ENDOSCOPIO

1.- VENTANA OK:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	6.- FIBRA ÓPTICA OK:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.- OBJETIVO OK:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	7.- OCULAR OK:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3.- LENTES OK:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	8.- POSTE LUZ OK:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4.- ESPACIADORES OK:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	9.- PIEZA DE OJO OK:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5.- TUBO OK:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	10.- OTROS: _____	

RESULTADOS TEST DE CALIDAD

A: CAMPO DE VISIÓN: _____ E: LUZ: _____
 B: DIRECCIÓN DE VISIÓN: _____ F: TEST DE FUGAS: _____
 C: DESVIACIÓN: _____ G: TEST DE CONDENSACIÓN: _____
 D: IMAGEN / RESOLUCIÓN: _____

COMENTARIOS

FIRMA C.O.

FECHA DE ENVÍO