FACULTAD DE MEDICINA

LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

CONTROL MENSUAL DE TEMPERATURA Y LIMPIEZA DEL REFRIGERADOR DEL AREA_____

Periodo del _____ al _____ de 20_____

Fecha d/m/año	Temperatura ºC	Limpieza SI/NO	Observaciones	Fecha d/m/año	Temperatura ºC	Limpieza SI/NO	Observaciones

NOTA. La limpieza se realizara los viernes

Refrigerador: _____

Responsable de las lecturas

Firma

_____

Nombre completo

F-FMED-LAC-29/REV00