



ANÁLISIS DIARIO DE TEMPERATURAS PARA TERMÓGRAFOS

Establecimiento: _____ Servicio clínico: _____

Código DEIS: _____ Comuna: _____ Región: _____

Identificación equipo de refrigeración: _____

Tipo de equipo: Clínico Doméstico acondicionado Mes: Año:

Día	T° AM		T° PM		Excursión		Notificación		Responsable registro	Observaciones
	Mín.	Máx.	Mín.	Máx.	SI	NO	SI	NO		
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										

 Nombre y firma encargado/a PNI establecimiento de salud