|  |  |
| --- | --- |
| ESTACIÓN O CENTRO DE TRABAJO |   |
| FECHA |   |
|  |
| ELEMENTOS A REVISAR |  | **SI** | **NO** |
|  |  |  |  |
| 1. ¿El equipo tiene adherida la etiqueta en la que consta que se encuentra calibrado? |  |   |   |
|  |  |  |  |
| 2. ¿La batería está cargada? |  |   |   |
|  |  |  |  |
| 3. ¿La conexión medidora de alcohol- impresora funciona correctamente? |  |   |   |
|  |  |  |  |
| 4. ¿Es correcta la configuración de fecha y hora? |  |   |   |
|  |  |  |  |
| 5. ¿Hay repuesto para la cinta de la impresora? |  |   |   |
|  |  |  |  |
| 6. ¿La cantidad de boquillas es suficiente? |  |   |   |
|  |  |  |  |
| 7. ¿La cantidad de guantes es suficiente? |  |   |   |
|  |  |  |  |
| 8. ¿El equipo enciende correctamente? |  |   |   |
|  |  |  |  |
| 9. ¿El equipo indica última fecha de calibración? |  |   |   |
|  |  |  |  |
| 10. Quien verifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |