

# REGISTRO DE INSPECCION MENSUAL DE BOTIQUINES

FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS Y NATURALES - SERVICIO DE HIGIENE Y SEGURIDAD

## Procedimiento

1. Haga la inspección evaluando visualmente cada ítem del botiquín. Confirme que el contenido está de acuerdo con la lista aprobada consultando el documento Política de Botiquines de Primeros Auxilios y Normas para Laboratorios o al SHyS ante dudas. Asegúrese que los ítems están en suficiente cantidad y, si corresponde, en buena condición de trabajo.
2. Ingrese la fecha, sus iniciales o nombre, y el resultado de la inspección. Ponga un "SI" si la condición es aceptable.
3. Anote cualquier observación y la fecha y naturaleza de cualquier acción para solucionarlo. Anote si alguna fecha de vencimiento se ha sobrepasado y reemplace esos ítems inmediatamente.
4. Mantenga este registro en el Manual de Seguridad del Laboratorio o con el botiquín.

Fecha	Inspección realizada por:	Aceptable	Notas
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	