

REGISTRO DE MAPEO PERIÓDICO DE CAVITACIÓN

Indicador de actividad de cavitación ultrasónica MEDIWISH MZS-5635

N.º de documento: LOG-MZS-5635-PM-ES | Rev. 01 | 2 de septiembre de 2026

Traducción del original inglés Rev. 01 del 2 de septiembre de 2026. Fecha de traducción: 4 de octubre de 2026.

Hasta 12 posiciones

Centro: _____

Departamento: _____

ID del limpiador: _____

Marca / modelo: _____

Volumen del tanque: _____

Frecuencia: _____

Detergente / concentración: _____

Fecha: _____

Motivo del mapeo: ☐ Instalación inicial ☐ Periódico ☐ Tras mantenimiento ☐ Investigación de desviación

Distribución: 4 posiciones para ≤5 L, 6 para >5-20 L y 12 para >20 L. Trate cada cuba independientemente y cada nivel como un plano de prueba separado.

Temperatura del baño (°C): _____

Nivel de llenado: _____

Método / tiempo de desgasificación: _____

Cesta / configuración del soporte: _____

Tiempo de prueba estándar: 5 min

Momento de lectura tras el ciclo: _____

Solución de referencia / detergente: _____

Posición	Nivel / cuba	Ubicación	Temp., °C	Tiempo hasta amarillo	Resultado	Repetición	Acción correctiva / firma
P1					A / U / F	☐	
P2					A / U / F	☐	
P3					A / U / F	☐	
P4					A / U / F	☐	
P5					A / U / F	☐	
P6					A / U / F	☐	
P7					A / U / F	☐	
P8					A / U / F	☐	
P9					A / U / F	☐	
P10					A / U / F	☐	
P11					A / U / F	☐	
P12					A / U / F	☐	

Códigos: A = aceptable, amarillo a los 5 min o antes; U = no satisfactorio, verde/verde claro a los 5 min; F = fallo / sin cambio visible.

Amarillo solo después de >5 a 7 min: anote «RESPUESTA TARDÍA» en el campo de acción correctiva, investigue y repita. Los cambios posteriores de color no sustituyen al resultado registrado en el momento prescrito.

Regla de comparación: no compare los tiempos finales si difieren el equipo, el líquido, la concentración de detergente, la temperatura, la desgasificación, la carga, la posición o el ciclo.

Conclusión del mapeo: _____

Resultado global: ☐ ACEPTABLE ☐ NO SATISFACTORIO ☐ FALLO

Acción: ☐ Volver al servicio ☐ Repetir tras corregir ☐ Requiere servicio técnico Revisado por / Nombre / firma: _____

Fecha: _____