

 	FORMULARIO Rx Odontológico			FOLIO	
	<i>División Radiofísica Sanitaria</i> <i>Departamento Fiscalización de Servicios de Salud</i> <i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> SIPROSA				
	FORMULARIO	Cód: FE-04-DRS	Rev. 03		marzo 2018
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de DECLARACIÓN JURADA)				

EXPEDIENTE: FECHA: / /

Establecimiento: N° Asesoramiento:

DATOS DEL EQUIPO	
UBICACIÓN (nombre o N° de consultorio, piso, local, etc.)	
MARCA	
MODELO	
TIPO DE EQUIPO	<input type="radio"/> Intra Oral <input type="radio"/> Extra Oral (Ortopantomógrafo)
OBTENCIÓN DE IMÁGENES	<input type="radio"/> Analógico (Gabinete de revelado o procesadora) <input type="radio"/> Digital (radiovisiógrafo, Impresora láser)

Dosimetría personal: SÍ NO (La Dosimetría es obligatoria sólo en caso de equipos Extraorales)

Si contestó SÍ, indique el nombre de la Empresa prestadora:

Responsables de uso y personal técnico (cuando corresponda)					
Apellido	Nombre	Profesión	M.P.	Autorización Individual	Dosimetro
					<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
					<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
					<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
					<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
					<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

.....
Firma y sello del Responsable de Uso

Para que la copia sea válida debe llevar el sello "Copia controlada".