

	<b>FORMULARIO Rx IND_INV_Cualquier Uso</b>			FOLIO	
	División Radiofísica Sanitaria Departamento Fiscalización de Servicios de Salud Dirección General de Fiscalización Sanitaria <b>SIPROSA</b>				
	FORMULARIO	Cód: <b>FE-07-DRS</b>	Rev. 02		Vigencia: Julio 2013
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de <b>Declaración Jurada</b> )				

EXPEDIENTE: ..... FECHA: ..... / ..... / .....

Establecimiento: ..... N° Asesoramiento: .....

Ubicación Física del Equipo: .....

DATOS DEL EQUIPO				
MARCA		Tensión Máx	[kV]	Cantidad de Tubos
MODELO		Corriente Máx	[mA]	Año de fabricación
N° SERIE				

Función:  INDUSTRIAL     INVESTIGACIÓN     OTRO: .....

Tipo de equipo

Radiología convencional     Espectroscopia     Difractometría     Fluorescencia Rx

Control Tubos Rx     Otros: .....

Cantidad de Procedimientos que realiza por día: .....

Sistema de adquisición de imágenes:  Analógico     Digitalizado     Digital

Elementos de protección personal (indicar cantidad)				Dosimetría Personal	
Delantal plomado		Biombo plomado		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Guantes plomados		Protector tiroides		Empresa Prestadora:	
Anteojos plomados		Protector gonadas		Cantidad de usuarios	
				Periodo de recambio	

Responsable de Uso				
Apellido		DNI		Dosímetro
Nombre		M.P.		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Profesión		N° Autorización Individual		

Otros operadores					
Apellido	Nombre	DNI	M.P.	Profesión	Dosímetro
					<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 Responsable de Uso

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