

 	<b>FORMULARIO TOMOGRAFÍA</b>			FOLIO	
	<i>División Radiofísica Sanitaria</i> <i>Departamento Fiscalización de Servicios de Salud</i> <i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> <b>SIPROSA</b>				
	FORMULARIO	Cód: <b>FE-08-DRS</b>	Rev. 03		abril 2018
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de <b>DECLARACIÓN JURADA</b> )				

EXPEDIENTE: .....

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

Establecimiento: .....

Nº Asesoramiento: .....

DATOS DEL EQUIPO	
UBICACIÓN (nombre o Nº de consultorio, piso, local, etc.)	
EQUIPO	TOMÓGRAFO COMPUTADO
TIPO	
MARCA	
MODELO	
Empresa Prestadora de Dosimetría Personal	

Responsable de Uso			
Apellido		DNI	Dosímetro
Nombre		Nº Matrícula Profesional	__Sí __NO
Profesión		Nº Autorización Individual	

Otros profesionales y personal técnico						
Apellido	Nombre	Profesión	Matrícula Profesional	Autorización Individual	Dosímetro	
					SI	NO

.....  
Firma y sello Responsable de Uso

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