

	<b>FORMULARIO RADIOTERAPIA</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>				
	<b>FORMULARIO</b>	Cód: <b>FE-10-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			
MONBRE		ENERGÍA [MeV]	
MARCA		FUENTE RADIATIVA	
MODELO		AÑO DE FABRICACIÓN	
Nº SERIE			

Tipo de Terapia

Profunda    
 Intermedia    
 Superficial    
 Otro (especificar)

Si seleccionó otro especifique cual: .....

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

Responsable de _Uso			
Apellido		DNI:	
Nombre		M.P.:	
Profesión		LICENCIA ARN:	

Licencia Institucional ARN: .....

Otros profesionales				
Apellido	Nombre	DNI	M.P.	Profesión

Personal Técnico				
Apellido	Nombre	DNI	M.P.	Título

.....  
Firma y sello Responsable de Uso