

 	<b>FORMULARIO BRAQUITERAPIA</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-11-DRS</b>	Rev. 02	Vigencia: Julio 2013	
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de <b>Declaración Jurada</b> )				

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

Establecimiento:..... Nº Asesoramiento: .....

Ubicación Física del Equipo:.....

FUENTES DE RADIACIÓN			
Radionucleido	Tipo de Radiación	Mitad - Vida	Energía

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