

 	FORMULARIO LASER / IPL			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-15-DRS	Rev. 03		abril 2018
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de DECLARACIÓN JURADA)				

EXPEDIENTE:

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

Establecimiento:

Nº Asesoramiento:

DATOS DEL EQUIPO	
UBICACIÓN (nombre o Nº de consultorio, piso, local, etc.)	
EQUIPO	<input type="radio"/> LASER <input type="radio"/> IPL
USO	
MARCA	
MODELO	

Responsable de uso			
Apellido		DNI	
Nombre		Nº Matrícula Profesional	
Profesión		Autorización Individual	

Otros profesionales				
Apellido	Nombre	Profesión	Matrícula Profesional	Especialidad

.....
Firma y sello Responsable de Uso

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