

	<b>FORMULARIO ECÓGRAFOS</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-16-DRS</b>	Rev. 03		Abril 2018
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de <b>DECLARACIÓN JURADA</b> )				

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

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

DATOS DEL EQUIPO	
UBICACIÓN (nombre o N° de consultorio, piso, local, etc.)	
MARCA	
MODELO	
TIPO DE EQUIPO	<input type="radio"/> General <input type="radio"/> Doppler <input type="radio"/> 3D <input type="radio"/> 4D <input type="radio"/> Otro (especificar) Si respondió otro, especificar .....
OBTENCIÓN DE IMÁGENES	<input type="radio"/> Analógico - Printer <input type="radio"/> Digital - Printer

Médicos Responsables				
Apellido	Nombre	Profesión	M.P	Especialidad

.....  
Firma y sello del Responsable

