

	<b>FORMULARIO Rx IND_INV_Cualquier Uso</b>			Página 1 de 1	
	<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>	<b>Cód: FE-07-DRS</b>	<b>Rev. 04</b>		<b>Vigencia: Jul 25</b>
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de <b>Declaración Jurada</b> )				

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

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

Ubicación Física del Equipo: .....

DATOS DEL EQUIPO			
MARCA		Tensión Máx	[kV]
MODELO		Corriente Máx	[mA]
N° SERIE		Fecha de fabricación	

Función:  INDUSTRIAL       INVESTIGACIÓN       OTRO: .....

Tipo de equipo

Radiología convencional       Espectroscopia       Difractometría       Fluorescencia Rx

Control Tubos Rx       Escanner Rx       Otros: .....

Sistema de adquisición de imágenes:  Analógico       Digital

Elementos de protección personal (indicar cantidad)				Dosimetría Personal	
Delantal plomado		Biombo plomado		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Guantes plomados		Protector tiroides		Empresa Prestadora:	
Anteojos plomados		Protector gonadas		Cantidad de usuarios	
				Periodo de recambio	

Responsable de Uso					
Apellido		DNI		Dosímetro	
Nombre		M.P.		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Profesión		N° Autorización Individual			

Otros operadores						
Apellido	Nombre	DNI	M.P.	Profesión	Dosímetro	
					<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
					<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
					<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

.....  
Firma y sello Responsable de Uso

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