

	FORMULARIO RMI			
	<i>División Radiofísica Sanitaria</i> <i>Departamento Fiscalización de Servicios de Salud</i> <i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> SIPROSA			
	FORMULARIO	Cód: FE-14-DRS	Rev. 04	Julio 2025
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de DECLARACIÓN JURADA)			
				Página 1 de 1

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

Establecimiento:..... N° Asesoramiento:

DATOS DEL EQUIPO	
UBICACIÓN (nombre o N° de consultorio, piso, local, etc.)	
EQUIPO	RESONADOR MAGNÉTICO
TIPO	☐ Abierto ☐ Cerrado
MARCA	
MODELO	

Médico Responsable			
Apellido		DNI	
Nombre		N° Matrícula Profesional	
Profesión			

Otros profesionales y personal técnico				
Apellido	Nombre	Profesión	Matrícula Profesional	Especialidad

.....
Firma y sello Responsable de Uso

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