

	FORMULARIO ECÓGRAFOS			
	<i>División Radiofísica Sanitaria</i> <i>Departamento Fiscalización de Servicios de Salud</i> <i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> SIPROSA			
	FORMULARIO	Cód: FE-16-DRS	Rev. 04	Julio 2025
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de DECLARACIÓN JURADA)			

EXPEDIENTE: FECHA: / /

Establecimiento: N° Asesoramiento:

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

Médicos Responsables				
Apellido	Nombre	Profesión	M.P	Especialidad

.....
Firma y sello del Responsable

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

Lavalle 532 – Tel.4526387/89 Int. 15 y 16 - email: radiofisicatucuman@gmail.com - San Miguel de Tucumán