

	FORMULARIO Rx Uso Médico			Página 1 de 1	
	<i>División Radiofísica Sanitaria</i> <i>Departamento Fiscalización de Servicios de Salud</i> <i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> SIPROSA				
	FORMULARIO	Cód: FE-03-DRS	Rev. 04		Jul 25
	(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.)	
EQUIPO	☐ Fijo ☐ Rodante ☐ Arco en C ☐ Instalado en Móvil
MARCA	
MODELO	
RADIOSCOPIA	☐ SÍ ☐ NO
OBTENCIÓN DE IMÁGENES	☐ Analógico (Revelado automático o manual) ☐ Digital (Directo DR o indirecto CR)
Empresa Prestadora de Dosimetría Personal	

Responsable de Uso				
Apellido		DNI		Dosímetro
Nombre		N° Matrícula Profesional		__SÍ __NO
Profesión		N° Autorización Individual		

Otros profesionales y personal técnico						
Apellido	Nombre	Profesión	Matrícula Profesional	Autorización Individual	Dosímetro	
					SI	NO

.....
Firma y sello Responsable de Uso