

	<b>FORMULARIO MAMÓGRAFO</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>	Cód: <b>FE-05-DRS</b>	Rev. 04		Jul 25
	(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.)	
EQUIPO	MAMÓGRAFO
MARCA	
MODELO	
OBTENCIÓN DE IMÁGENES	<input type="radio"/> Analógico (Revelado automático o manual) <input type="radio"/> Digital (Directo DR o indirecto CR)
Empresa Prestadora de Dosimetría Personal	

Responsable de Uso				
Apellido		DNI		Dosímetro
Nombre		N° Matrícula Profesional		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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

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