

	FORMULARIO Rx IND_INV_Cualquier Uso			
	<i>División Radiofísica Sanitaria</i> <i>Departamento Fiscalización de Servicios de Salud</i> <i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> SIPROSA			
	FORMULARIO	Cód: FE-07-DRS	Rev. 04	Vigencia: Jul 25
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de Declaración Jurada)			
				Página 1 de 1

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		☐ SI	☐ NO
Delantal plomado		Biombo plomado		Empresa Prestadora:			
Guantes plomados		Protector tiroides		Cantidad de usuarios			
Anteojos plomados		Protector gonadas		Periodo de recambio			

Responsable de Uso					
Apellido		DNI		Dosímetro	
Nombre		M.P.		☐ SI	☐ NO
Profesión		N° Autorización Individual			

Otros operadores					
Apellido	Nombre	DNI	M.P.	Profesión	Dosímetro
					☐ SI ☐ NO
					☐ SI ☐ NO
					☐ SI ☐ NO

.....
Firma y sello Responsable de Uso

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