

|                                                                                   |                                                                                                                                                                           |                       |         |        |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------|--------|---------------|
|  | <b>FORMULARIO HEMODINAMIA</b>                                                                                                                                             |                       |         |        | Página 1 de 1 |
|                                                                                   | <i>División Radiofísica Sanitaria</i><br><i>Departamento Fiscalización de Servicios de Salud</i><br><i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i><br><b>SIPROSA</b> |                       |         |        |               |
|                                                                                   | <b>FORMULARIO</b>                                                                                                                                                         | Cód: <b>FE-09-DRS</b> | Rev. 04 | Jul 25 |               |
|                                                                                   | (Los datos aquí consignados tienen carácter de <b>DECLARACIÓN JURADA</b> )                                                                                                |                       |         |        |               |

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

Establecimiento:..... Nº Asesoramiento: .....

| DATOS DEL EQUIPO                                          |            |
|-----------------------------------------------------------|------------|
| UBICACIÓN (nombre o Nº de consultorio, piso, local, etc.) |            |
| EQUIPO                                                    | ANGIÓGRAFO |
| MARCA                                                     |            |
| MODELO                                                    |            |
| Empresa Prestadora de Dosimetría Personal                 |            |
|                                                           |            |

| Responsable de Uso |  |                            |  |           |
|--------------------|--|----------------------------|--|-----------|
| Apellido           |  | DNI                        |  | Dosímetro |
| Nombre             |  | Nº Matrícula Profesional   |  | __SÍ __NO |
| Profesión          |  | Nº 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".**