

	FORMULARIO RADIOTERAPIA			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-10-DRS	Rev. 03		Vigencia: Julio 25
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de Declaración Jurada)				

EXPEDIENTE: FECHA: / /

Establecimiento: N° Asesoramiento:

Ubicación Física del Equipo:

DATOS DEL EQUIPO			
MONBRE		ENERGÍA [MeV]	
MARCA		FUENTE RADIATIVA	
MODELO		AÑO DE FABRICACIÓN	
Nº SERIE			

Tipo de Terapia

Profunda
 Intermedia
 Superficial
 Otro (especificar)

Si seleccionó otro especifique cual:

Cantidad de sesiones que realiza por día:

Responsable de _Uso			
Apellido		DNI:	
Nombre		M.P.:	
Profesión		LICENCIA ARN:	

Licencia Institucional ARN:

Otros profesionales				
Apellido	Nombre	DNI	M.P.	Profesión

Personal Técnico				
Apellido	Nombre	DNI	M.P.	Título

.....
Firma y sello Responsable de Uso

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