

	FORMULARIO BRAQUITERAPIA				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-11-DRS	Rev. 03	Vigencia: Julio 25	
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de Declaración Jurada)				

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

Establecimiento:..... Nº Asesoramiento:

Ubicación Física del Equipo:.....

FUENTES DE RADIACIÓN			
Radionucleido	Tipo de Radiación	Mitad - Vida	Energía

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".