

	FORMULARIO MEDICINA NUCLEAR				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-13-DRS	Rev. 05	Vigencia: julio 2025	
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de Declaración Jurada)				

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

Establecimiento:..... Nº Asesoramiento:

Ubicación Física del Equipo:.....

DATOS DEL EQUIPO	
EQUIPO	☐ Gamma cámara SPECT ☐ SPECT/CT ☐ SPECT/RMN ☐ PET/CT ☐ PET/RMN ☐ Otro. (Especificar):.....
MARCA	
MODELO	

Licencia Institucional ARN:

Fuentes Radiactivas:

Responsable de uso			
Apellido		DNI:	
Nombre		MP:	
Profesión		LICENCIA ARN:	

Otros profesionales				
Apellido	Nombres	DNI	M.P	Título

.....
Firma y sello Responsable de Uso

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