



FORMULARIO Rx Uso Médico

*División Radiofísica Sanitaria
Departamento Fiscalización de Servicios de Salud
Dirección General de Fiscalización Sanitaria
SIPROSA*

FORMULARIO	Cód: FE-03-DRS	Rev. 05	Oct 25
(Los datos aquí consignados tienen carácter de DECLARACIÓN JURADA)			



Página 1 de 2

Tabla de últimas modificaciones

Elaboración	Revisión	Aprobó
Aclaración: Fiorella Alarcón	Aclaración: César Cura	Aclaración: Cocciali V
Cargo: Administrativa de DRS	Cargo: Jefe de DRS	Cargo. Directora Gral.

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

 Dirección General de Fiscalización Sanitaria	FORMULARIO Rx Uso Médico <i>División Radiofísica Sanitaria</i> <i>Departamento Fiscalización de Servicios de Salud</i> <i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> SIPROSA				 Ministerio de Salud Pública	 GOBIERNO DE TUCUMÁN
	FORMULARIO	Cód: FE-03-DRS	Rev. 05	Oct 25		
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de DECLARACIÓN JURADA)					

Página 2 de 2

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

Establecimiento: N° Asesoramiento:

DATOS DEL EQUIPO	
UBICACIÓN (nombre o N° de consultorio, piso, local, etc.)	
EQUIPO	<input type="radio"/> Fijo <input type="radio"/> Rodante <input type="radio"/> Arco en C <input type="radio"/> Instalado en Móvil
MARCA	
MODELO	
RADIOSCOPIA	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
OBTENCIÓN DE IMÁGENES	<input type="radio"/> Analógico (Revelado automático o manual) <input type="radio"/> Digital (Directo DR o indirecto CR)
Empresa Prestadora de Dosimetría Personal	

Responsable de Uso	
Apellido	DNI
Nombre	Nº Matrícula Profesional
Profesión	Nº Autorización Individual
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

Otros profesionales y personal técnico					
Apellido	Nombre	Profesión	Matrícula Profesional	Autorización Individual	Dosímetro
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

.....
Firma y sello Responsable de Uso