

	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				
	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		
Revisión	Descripción del cambio	Fecha
01	Se agrega Campo “ N° Asesoramiento “	10/12/12
02	Se agrega “Ubicación Física del Equipo”	17/07/13
03	Se unifican los formulario de Rx con Tomógrafo, Mamógrafo, Angiógrafo y Densitómetro y se eliminan campos con datos técnicos como kV, mA, Número de serie, año de fabricación, cantidad de tubos. También se elimina el equipo veterinario. Se confeccionará un nuevo formulario para este.	18/04/18
04	Cambio de logo y aprobación	Jul 25
05	Cambio de logos	Oct 25

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

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

	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				
	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		Dosímetro
Nombre		N° Matrícula Profesional		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Profesión		N° Autorización Individual		

Otros profesionales y personal técnico						
Apellido	Nombre	Profesión	Matrícula Profesional	Autorización Individual	Dosímetro	
					SI	NO

.....
Firma y sello Responsable de Uso