

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”.

EXPEDIENTE:

FECHA: / /

Establecimiento:.....

Nº Asesoramiento:

 Dirección General de Fiscalización Sanitaria	FORMULARIO MAMÓGRAFO				Ministerio de Salud Pública GOBIERNO DE  TUCUMÁN
	<i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> SIPROSA				
	FORMULARIO	Cód: FE-05-DRS	Rev. 05	Vig.: Oct 25	
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de DECLARACIÓN JURADA)				

Página 2 de 2

DATOS DEL EQUIPO	
UBICACIÓN (nombre o Nº de consultorio, piso, local, etc.)	
EQUIPO	MAMÓGRAFO
MARCA	
MODELO	
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		Nº Matrícula Profesional		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Profesión		Nº Autorización Individual		

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

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