

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: / /

 Dirección General de Fiscalización Sanitaria	FORMULARIO Rx IND_INV_Cualquier Uso			
	<i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> SIPROSA			
	FORMULARIO	Cód: FE-07-DRS	Rev. 05	Vig.: Oct 25
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de Declaración Jurada)			

Establecimiento: N° Asesoramiento:

Ubicación Física del Equipo:.....

DATOS DEL EQUIPO			
MARCA		Tensión Máx	[kV]
MODELO		Corriente Máx	[mA]
Nº SERIE		Fecha de fabricación	

Función: INDUSTRIAL INVESTIGACIÓN OTRO:

Tipo de equipo

Radiología convencional Espectroscopia Difractometría Fluorescencia Rx
 Control Tubos Rx Escanner Rx Otros:

Sistema de adquisición de imágenes: Analógico Digital

Elementos de protección personal (indicar cantidad)		Dosimetría Personal	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Delantal plomado		Biombo plomado		
Guantes plomados		Protector tiroides		
Anteojos plomados		Protector gonadas		

Responsable de Uso					
Apellido	Nombre	DNI			Dosímetro
Nombre		M.P.			<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Profesión		Nº Autorización Individual			<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

Otros operadores					
Apellido	Nombre	DNI	M.P.	Profesión	Dosímetro
					<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
					<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
					<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

.....
Firma y sello Responsable de Uso

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