

	FORMULARIO HEMODINAMIA				 
	<i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i>				
	SIPROSA				
	FORMULARIO	Cód: FE-09-DRS	Rev. 05	Vig.: Oct 25	
(Los datos aquí consignados tienen carácter de DECLARACIÓN JURADA)					Página 1 de 1

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

Establecimiento:..... N° Asesoramiento:

DATOS DEL EQUIPO	
UBICACIÓN (nombre o N° de consultorio, piso, local, etc.)	
EQUIPO	ANGIÓGRAFO
MARCA	
MODELO	
Empresa Prestadora de Dosimetría Personal	

Responsable de Uso				
Apellido		DNI		Dosímetro
Nombre		N° Matrícula Profesional		__SÍ __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

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