

Elaboración	Revisión	Aprobó
Aclaración: Fiorella Alarcón	Aclaración: César Cura	Aclaración: Cocciooli 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:



FORMULARIO HEMODINAMIA

Dirección General de Fiscalización Sanitaria

SIPROSA

FORMULARIO Cód: **FE-09-DRS** Rev. 05 Vig.: Oct 25

(Los datos aquí consignados tienen carácter de **DECLARACIÓN JURADA**)

Ministerio de Salud Pública | GOBIERNO DE TUCUMÁN

Página 2 de 2

DATOS DEL EQUIPO

UBICACIÓN (nombre o Nº de consultorio, piso, local, etc.)	
EQUIPO	ANGIÓGRAFO
MARCA	
MODELO	
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

Firma y sello Responsable de Uso

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