

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

 Dirección General de Fiscalización Sanitaria	FORMULARIO RADIOTERAPIA			
	<i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> SIPROSA			
	FORMULARIO	Cód: FE-10-DRS	Rev. 04	Vig.: Oct 25
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de Declaración Jurada)			
				Ministerio de Salud Pública GOBIERNO DE TUCUMÁN
				Página 2 de 2

EXPEDIENTE: FECHA: / /

Establecimiento: Nº Asesoramiento:

Ubicación Física del Equipo:.....

DATOS DEL EQUIPO			
MONBRE		ENERGÍA [MeV]	
MARCA		FUENTE RADIACTIVA	
MODELO		AÑO DE FABRICACIÓN	
Nº SERIE			

Tipo de Terapia

Profunda Intermedia Superficial Otro (especificar)

Si seleccionó otro especifique cual:

Cantidad de sesiones que realiza por día:

Responsable de _Uso				
Apellido	Nombre	DNI:	M.P.:	LICENCIA ARN:
Nombre				
Profesión				

Licencia Institucional ARN:

Otros profesionales				
Apellido	Nombre	DNI	M.P.	Profesión

Personal Técnico				
Apellido	Nombre	DNI	M.P.	Título

.....
Firma y sello Responsable de Uso

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