



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

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

Establecimiento: ..... N° Asesoramiento: .....

Ubicación Física del Equipo: .....

DATOS DEL EQUIPO			
MONBRE		ENERGÍA [MeV]	
MARCA		FUENTE RADIATIVA	
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		DNI:	
Nombre		M.P.:	
Profesión		LICENCIA ARN:	

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".**