

	FORMULARIO MEDICINA NUCLEAR				 
	<i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i>				
	SIPROSA				
	FORMULARIO	Cód: FE-13-DRS	Rev. 06	Vig.: Oct 25	
(Los datos aquí consignados tienen carácter de Declaración Jurada)					Página 1 de 1

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

Establecimiento:..... N° Asesoramiento:

Ubicación Física del Equipo:.....

DATOS DEL EQUIPO	
EQUIPO	☐ Gamma cámara SPECT ☐ SPECT/CT ☐ SPECT/RMN ☐ PET/CT ☐ PET/RMN ☐ Otro. (Especificar):.....
MARCA	
MODELO	

Licencia Institucional ARN:

Fuentes Radiactivas:

Responsable de uso			
Apellido		DNI:	
Nombre		MP:	
Profesión		LICENCIA ARN:	

Otros profesionales				
Apellido	Nombres	DNI	M.P	Título

.....
Firma y sello Responsable de Uso

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