

*Dirección General de Fiscalización Sanitaria*  
*SIPROSA*

Ministerio de  
Salud Pública



GOBIERNO DE  
TUCUMÁN

(Los datos aquí consignados tienen carácter de **Declaración Jurada**)

Página 1 de 2

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

	<b>FORMULARIO MEDICINA NUCLEAR</b>				 
	<i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i>				
	<b>SIPROSA</b>				
	FORMULARIO	Cód: <b>FE-13-DRS</b>	Rev. 06	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	
EQUIPO	<input type="radio"/> Gamma cámara SPECT <input type="radio"/> SPECT/CT <input type="radio"/> SPECT/RMN <input type="radio"/> PET/CT <input type="radio"/> PET/RMN <input type="radio"/> 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".***