

| Elaboración | Revisión | Aprobó |
|------------------------------|------------------------|------------------------|
| Aclaración: Fiorella Alarcón | Aclaración: César Cura | Aclaración: Cocciali V |
| Cargo: Administrativa de DRS | Cargo: Jefe de DRS | Cargo. Directora Gral. |

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

| | | | | | |
|--|--|-----------------------|---------|--------------|--|
|  Dirección General de Fiscalización Sanitaria | FORMULARIO RMI | | | | Ministerio de Salud Pública GOBIERNO DE TUCUMÁN Página 2 de 2 |
| | <i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> SIPROSA | | | | |
| | FORMULARIO | Cód: FE-14-DRS | Rev. 05 | Vig.: Oct 25 | |
| | (Los datos aquí consignados tienen carácter de DECLARACIÓN JURADA) | | | | |

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

Establecimiento: N° Asesoramiento:

| DATOS DEL EQUIPO | |
|---|---|
| UBICACIÓN (nombre o N° de consultorio, piso, local, etc.) | |
| EQUIPO | RESONADOR MAGNÉTICO |
| TIPO | <input type="radio"/> Abierto <input type="radio"/> Cerrado |
| MARCA | |
| MODELO | |

| Médico Responsable | | | |
|---------------------------|--|--------------------------|--|
| Apellido | | DNI | |
| Nombre | | Nº Matrícula Profesional | |
| Profesión | | | |

| Otros profesionales y personal técnico | | | | |
|---|--------|-----------|-----------------------|--------------|
| Apellido | Nombre | Profesión | Matrícula Profesional | Especialidad |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

.....
Firma y sello Responsable de Uso

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