



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

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

 Dirección General de Fiscalización Sanitaria	FORMULARIO LASER / IPL				Ministerio de Salud Pública GOBIERNO DE TUCUMÁN
	<i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> SIPROSA				
	FORMULARIO	Cód: FE-15-DRS	Rev. 05	Vig.: Oct 25	
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de DECLARACIÓN JURADA)				

Página 2 de 2

EXPEDIENTE: FECHA: / /

Establecimiento: N° Asesoramiento:

DATOS DEL EQUIPO	
UBICACIÓN (nombre o N° de consultorio, piso, local, etc.)	
EQUIPO	<input type="radio"/> LASER <input type="radio"/> IPL
USO	
MARCA	
MODELO	

Responsable de uso			
Apellido		DNI	
Nombre		Nº Matrícula Profesional	
Profesión		Autorización Individual	

Otros profesionales				
Apellido	Nombre	Profesión	Matrícula Profesional	Especialidad

.....
Firma y sello Responsable de Uso

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