

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

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

 Dirección General de Fiscalización Sanitaria	FORMULARIO ECÓGRAFOS				Ministerio de Salud Pública GOBIERNO DE TUCUMÁN
	<i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> SIPROSA				
	FORMULARIO	Cód: FE-16-DRS	Rev. 06	Vig.: Oct 25	
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de DECLARACIÓN JURADA)				

Página 2 de 2

EXPEDIENTE: FECHA: / /

Establecimiento: Nº Asesoramiento:

DATOS DEL EQUIPO	
UBICACIÓN (nombre o Nº de consultorio, piso, local, etc.)	
MARCA	
MODELO	
TIPO DE EQUIPO	<input type="radio"/> General <input type="radio"/> Doppler <input type="radio"/> 3D <input type="radio"/> 4D <input type="radio"/> Otro (especificar) Si respondió otro, especificar
Otros	<input type="radio"/> Printer <input type="radio"/> Portátil <input type="radio"/> Ubicación Fija

Médicos Responsables				
Apellido	Nombre	Profesión	M.P	Especialidad

.....
Firma y sello del Responsable

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