

	FORMULARIO ECÓGRAFOS				 
	<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: N° Asesoramiento:

DATOS DEL EQUIPO	
UBICACIÓN (nombre o N° 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".