

MINISTERIO DE SALUD
 SUBSECRETARIA DE SALUD
 DIRECCION DE SANEAMIENTO AMBIENTAL
 DPTO HIGIENE Y SEGURIDAD LABORAL
 RADIOFISICA SANITARIA

SOLICITUD DE EVALUACION DE PROTECCION RADIOSANITARIA

Institución.....
 Dirección:.....
 Departamento:.....Provincia:.....
 Responsabilidad de la Instalación
 Apellido y Nombre:.....
 Autorización Individual Uso Equipo Rayos X:.....
 Equipo a Instalar o instalado.
 Marca:.....mA máximo:.....Tipo:.....
 Función:
 Radiog. Clínica () Radiog. Dental () Radioscopia () Investigación ()

Estudio o tratamiento	Orientación del Tubo	Estudio por mes	NºDisparos por estudio	Tensión K v	Corriente mA	Tiempo Seg.

Nº total de estudios por mes.

Fecha:.....

FIRMA:.....