



## **FORMULARIOS RADIOFÍSICA SANITARIA**

### **INSTRUCTIVO:**

- **Formulario F-01:** corresponde al establecimiento.
- **Formulario F-08:** es el de equipo (se completa uno por cada equipo que tengan).
- **Formulario F-11:** exclusivamente deberán completarlo aquellos profesionales que nunca hayan tramitado el certificado de Autorización Individual para el uso de equipos RX.

A los formularios deberán adjuntar:

- Copia de DNI
- El mismo plano que presentan para la habilitación del Colegio.
- En caso de tenerla: Autorización Individual para el uso de equipos RX.

Toda la documentación será enviada desde el Colegio a Radiofísica Sanitaria, para dar curso a la habilitación correspondiente.

**Por consultas sobre cómo completar los formularios, comunicarse con Radiofísica Sanitaria:**

Tel: 0342-4572542 - E-mail: [radiofisica@santafe.gov.ar](mailto:radiofisica@santafe.gov.ar)



	<b>FORMULARIO INSTITUCIÓN</b>				<b>N° CARPETA*</b>
	<i>División Radiofísica Sanitaria. Dirección General de Auditoría Médica Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe</i>				
	FORMULARIO	Cód: <b>F-01-RS</b>	Rev. 01	Vigencia: Julio 2020	

(Los datos aquí consignados tienen carácter de **Declaración Jurada**)

IDENTIFICACION	
Nombre Fantasia	
Titularidad (Razon Social)	
CUIT	
Denominación	
Domicilio	
Localidad:	
Código Postal	
Teléfono:	
E Mail:	
página web:	
Días y Horarios de Atención:	

Responsable titularidad (apoderado legal, dueño, gerente, etc)		Carácter de la Institución	
Apellido		Privado	
Nombre		Nacional	
DNI		Provincial	
M.P.		Municipal	
Profesión		ONG	
Función		Otros	

EQUIPOS						
N°	CODIGO*	MARCA	MODELO	TIPO	AUT. IND.	RESP. USO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						

.....  
Firma y sello del Responsable Titularidad

\*Para ser completado por Radiofísica Sanitaria.

Dr. Manuel Zavalla 3361- 1° Piso . Santa Fe. CP: 3000. Tel / fax: 0342-4572542. e-mail: radiofisica@santafe.gov.ar  
San Lorenzo 849/851 - Entrepiso . Rosario. Santa Fe. CP: 2000. Tel / fax: 0341-4721107. e-mail: radiofisicarosario@santafe.gov.ar


<b>CODIGO UNICO*</b>	<b>FORMULARIO RAYOS X Odontologico</b>			<b>N° CARPETA*</b>
	FORMULARIO	Cód: <b>F-08-RS</b>	Rev. 01	Vigencia: Julio 2020
(Los datos aquí consignados tienen carácter de <b>declaración jurada</b> )				

DATOS DEL EQUIPO				
UBICACIÓN				
TIPO <i>(marque con un cruz el tipo de equipo)</i>	DENTAL FIJO	DENTAL PANORAMICO	DENTAL RODANTE	
	DENT. PANORAMICO Y TEL		DENTAL TOMOGRAFO	
MARCA				
MODELO				N° SERIE:
TIPO DETECTOR	<input type="radio"/> ANALOGICO (Revelado)	<input type="radio"/> DIGITAL (con radiovisiógrafo)		
RES. DE USO			AUT. INDIVIDUAL:	

PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO (POE). <i>(Debe coincidir con los usuarios de dosimetro personal)</i>					
N°	DNI	APELLIDO	NOMBRE	TAREA	HORARIO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

.....  
Firma y sello Responsable de Uso

*\*Para ser completado por Radiofísica Sanitaria*

	<b>FORMULARIO AUTORIZACIÓN INDIVIDUAL PARA EL USO DE EQUIPOS QUE GENERAN RADIACIONES IONIZANTES</b>			<b>CODIGO AUT. INDIVIDUAL:*</b>	
	<i>División Radiofísica Sanitaria. Dirección General de Auditoría Médica Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe</i>				
	<b>FORMULARIO</b>	<b>Cód: F-11-RS</b>	<b>Rev. 01</b>	<b>Vigencia: Julio 2020</b>	<b>FECHA:</b>
<small>(Los datos aquí consignados tienen carácter de <b>Declaración Jurada</b>)</small>					

IDENTIFICACION	
FECHA	
APELLIDO/S	
NOMBRE/S	
PROFESIÓN	
Nº DE MATRÍCULA	
DNI	
ESPECIALIDAD	
DOMICILIO PARTIC.	
LOCALIDAD	
CODIGO POSTAL.	
PROVINCIA	
DEPARTAMENTO	
TELEFONO FIJO	
TELEFONO CELULAR	
E-MAIL	
LUGAR Y AÑO DE CURSADO DEL CURSO BASICO DE RADIOFISICA SANITARIA	

Tipo de Autorización Individual:

- a): RADIOTERAPIA
- b): RADIODIAGNOSTICO CLINICO
- c): RADIODIAGNOSTICO SOLO COMO COMPLEMENTO PROFESIONAL
- d): RADIODIAGNOSTICO DENTAL
- d): OTRAS FINALIDADES (ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_

A este formulario se adjunta la siguiente documentación:

- COPIA DE DNI
- CONSTANCIA DE MATRÍCULA (ORIGINAL) CON DETALLE DE ESPECIALIDAD
- COPIA DE CURSO BÁSICO

.....  
Firma y sello del Solicitante

*\*Para ser completado por Radiofísica Sanitaria*