

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

| 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: |
| CHALECO PLOMADO | <input type="radio"/> | SI | <input type="radio"/> | NO | PLOMO EQUIVALENTE: MM |

| 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