

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:

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*