No se pude mostrar la imagen vinculada. Puede que se haya movido, cambiado de nombre o eliminado el archivo. Comprueba que el vínculo señala al archivo y ubicaciones correctas. **F01**	**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA** **SUBSECRETARIA DE ATENCION PRIMARIA** **Y SALUD AMBIENTAL** **Dirección de Saneamiento Ambiental - Departamento de Saneamiento Básico.** **División de Higiene y Seguridad Laboral, Radiofísica Sanitaria y Calidad del Aire.** **FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO PROVINCIAL DE SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES, TECNOLOGIAS LASER, LUZ PULSADA INTENSA (IPL), C.E.M., R.F.**

FORMULARIO F01 – EQUIPOS GENERADORES DE RAYOS X (INSTALACIÓN FIJA / RODANTE)
Uso médico – odontológico – veterinario – industrial – investigación. Ley Nacional N° 17.557 – Ley Provincial de Salud XVII – N° 58 (antes Ley 4388) Cap. IX Art. 38 inc. 19

MOTIVO DE LA SOLICITUD

1.- **ALTA____ RENOVACION____ BAJA____**

IMPORTANTE: COMPLETAR FORMULARIO EN COMPUTADORA

2- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO O INSTITUCION

IMPORTANTE: Los datos consignados deben coincidir plenamente con la constancia de Alta de ARCA. **Dirección Fiscal**/legal de la razón social y **Dirección Real** lugar físico donde se habilitará la instalación.

2.1- Nombre del Establecimiento o Institución: _____

2.2- **Domicilio Legal**: _____ (el que figura en la constancia del alta de ARCA)
Localidad: _____

2.3- Domicilio Real: _____ (donde está instalado el equipo)
Localidad: _____

2.4- N° TEL: _____ E-Mail: _____

3- DATOS DEL SERVICIO

3.1- Servicio de: _____

3.2- Horario de atención del servicio: Lunes a viernes: de_____ hr.

Médico: ____ Odontológico: ____ Veterinario: ____ Industrial: ____ Investigación: ____

3.3- **DATOS DEL EQUIPO:** Uso para diagnóstico por imágenes – Rayos X (marcar tipo):

☐ Rayos X simple convencional fijo ☐ Rayos X simple convencional rodante (U.T.I., UCIN, NEO, Quirófano)
☐ Rayos X uso clínica veterinaria ☐ Rayos X estudios contrastados ☐ Mamógrafo
☐ Tomógrafo computarizado ☐ Densitómetro óseo corporal ☐ Arco en C (hemodinamia – angiografía – traumatología – litotricia)
☐ Periapical fijo o móvil (odontología) ☐ Ortopantomógrafo (panorámico – cefalométrico – tomografía)

Equipo: _____ Tipo: _____ Marca: _____ Modelo: _____

N° SERIE: _____ Pot. Máx. (kV/mA): _____

AÑO DE FABRICACIÓN: _____

4- PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO

4.1. Cantidad de Profesionales: ( ) Técnicos: ( ) Auxiliares: ( )

5- DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL SERVICIO

5.1- Responsable del Servicio: _____

5.2- Título: _____

5.3- Autorización Individual N°: _____ Matrícula Provincial: _____

5.4- E-mail: _____

_____ _____ Fecha: ____/____/_____

Firma del solicitante Aclaración

LOS DATOS CONSIGNADOS TIENEN CARÁCTER DE DECLARACION JURADA

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR – EQUIPOS GENERADORES DE RAYOS X

1. Nota firmada por el responsable solicitando habilitación del servicio dirigida al Director de Saneamiento Ambiental, Av. Lavalle N° y Av. Cmte. Andresito, o por mail a: **deptosaneamientobasico@gmail.com**, dando inicio al trámite. Los demás documentos se deberán presentar en formato físico en la mesa de entrada de la mencionada Dirección.
2. Formulario de solicitud de inscripción en el Registro Único Provincial de Servicios de Diagnóstico por Imágenes, Tecnología Láser y Luz Pulsada Intensa (I.P.L.), Campo Electromagnético (C.E.M.) - Radiofrecuencia (R.F.) **(el presente formulario F01)**.
3. Planilla Censo Catastral de Equipos de Rayos X.
4. Constancia del Alta del ARCA.
5. Plano de la planta aprobado por la Municipalidad.
6. Plano de Cálculo de Blindaje aprobado por la Jefatura del Área Técnica de Radiofísica Sanitaria de Nación, hecho por profesional blindajista acreditado por Ministerio de Salud de Nación. (*)
7. Ficha de Especificaciones técnicas del equipo.
8. Año de fabricación del equipo.
9. Título profesional del médico responsable y matrícula provincial profesional.
10. Autorización Individual del médico responsable. **Nota:** si el servicio no está a cargo del propietario de la instalación puede designar un profesional médico con autorización individual comunicando formalmente su consentimiento.
11. Nómina completa de profesionales, personal técnico y auxiliares afectados al servicio, consignando: Apellido, Nombre, fotocopia del D.N.I., Título y Matrícula.
12. Constancia/s de participación del Curso de Radioprotección aprobado.
13. Constancia del contrato de servicio de dosimetría de todo el personal afectado a partir de la autorización de uso de la instalación.

Nota: *De considerarlo necesario, la* ***División de Radiofísica Sanitaria*** *podrá requerir documentación adicional y/o complementaria, cuando no coincida la información declarada.*

(*) Profesionales asesores en blindaje acreditados por Ministerio de Salud. RM N°3301/80