SECRETARÍA DE SALUD

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

CEDULA DE INFORMACION TECNICA PARA LA SOLICITUD DE LICENCIA PARA ESTABLECIMIENTOS DE DIAGNOSTICO MEDICO CON RAYOS X

FECHA

DD	MM	AA

Por favor lea el instructivo de llenado antes de requisitar este formato esta cédula (llenar a máquina, en electronico o con letra de molde legible)

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

☐ SSA ☐ IMSS ☐ DIF ☐ ISSSTE ☐ SDN ☐ SM ☐ GOB EDO ☐ PRIVADO ☐ OTROS ESPECIFIQUE: _____

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

2.- RELACIÓN DEL PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO (POE) (Es requisito que éste personal cuente con Dosimetría Personal)

NOMBRE COMPLETO	R.F.C.	PUESTO	HORARIO	FORMACIÓN		HA TOMADO ALGUN CURSO DE PROTECCION Y SEGURIDAD RADIOLOGICA			
				Nivel Académico	Área	NO	SI	Fecha del último curso	Impartido por

NOTA: Podrá imprimir la tabla tantas veces como se requiera

_____

Nombre y firma del propietario o representante legal.

Declaro bajo protesta de decir verdad que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad.

3.- DESCRIPCIÓN DE LOS EQUIPOS DE RAYOS X

No.	LOCALIZACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN		MARCA	CORRIENTE	MODELO		APLICACIÓN	USO	MAX kVp	MAX mA	TIPO
		Mes	Año			Generador	Tubo Rayos X					
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												

Favor de asentar los datos conforme los indicados en el intructivo de llenado según corresponda a cada caso.

Nombre y firma del propietario o representante legal.

Declaro bajo protesta de decir verdad que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad.

4.- SISTEMA DE REVELADO

MANUAL ☐

AUTOMATICO ☐	MARCA	MODELO	No. SERIE

5.- DISPOSITIVOS PARA LA PROTECCIÓN RADIOLOGICA DE PACIENTES Y PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO (POE)

Anotar el número de Dispositivos con que cuenta cada sala.

	MANDIL PLOMADO	GUANTES PLOMADOS	PROTECTOR DE GÓNADAS	COLLARÍN	ANTEOJOS PARA PROTECTOR DE CRISTALINO
CONVENCIONAL Y FLUOROSCOPIA					
HEMODINAMIA ARTERIOGRAFIA					
TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA					
MASTOGRAFIA Y PANORAMICA DENTAL					

MANUALES

¿Cuenta con manual de procedimientos Técnicos? SI ☐ NO ☐

¿Cuenta con manual de protección y seguridad Radiológica? SI ☐ NO ☐

HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO

Nombre y firma del propietario o representante legal.

Declaro bajo protesta de decir verdad que cumplo con los requisitos y normatividad aplicable, sin que me eximan que la autoridad sanitaria verifique su cumplimiento, esto sin perjuicio de las sanciones en que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad.