



DECLARACIÓN JURADA DEL PRECEPTOR

1. Quien suscribe Dr.(a)....., certifica que el (la) Dr (a). .... DNI:.....Matrícula Profesional N° ....., ha realizado la práctica activa que estipulan las normas en vigencia para solicitar permiso individual para el uso de radioisótopos y/o radiaciones ionizantes con el propósito de .....

Dicha práctica fue realizada en (Nombre de la Institución, Servicio, etc.) ..... entre el día ..... de ..... de ..... y el día ..... de ..... de ....., bajo su dirección y responsabilidad, con ..... horas efectivas de trabajo.

Lugar y Fecha ....., ...../...../.....

Firma del Preceptor

Aclaración o Sello

PARA SER CUMPLIMENTADO SOLO EN EL CASO DE USO MÉDICO DE MATERIAL RADIATIVO O RADIACIONES IONIZANTES

2. En adición a lo expresado en el punto 1 de este formulario, se certifica que el (la) Dr (a). .... ha participado activamente en: a) el examen de los pacientes que se detallan a continuación, para determinar la conveniencia de emplear el radioisótopo o radiación arriba citados con el propósito indicado; b) la formulación de recomendaciones sobre la dosificación a ser prescrita; c) la administración del material radiactivo o de las dosis de radiación (según el caso); d) la realización de mediciones y la evaluación de los datos obtenidos; e) el seguimiento de la evolución de los pacientes durante el tratamiento y el postratamiento.

Table with 5 columns: Número de la historia clínica o de identificación del paciente, Diagnóstico que motivó el uso o que resultó de él, Modo (1), Fecha de la aplicación. Rows numbered 1 to 14.

Continúa al dorso

1 Para el caso de Aceleradores Lineales Bimodales indicar en la columna Modo si es: (F) Modo Fotones, (E) Modo Electrones o (B) Bimodal. Además indicar en "Modo" cuáles son los casos combinados con Braquiterapia (C)

	Número de la historia clínica o de identificación del paciente	Diagnóstico que motivó el uso o que resultó de él	Modo	Fecha de la aplicación
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				

Lugar y Fecha ....., ...../...../.....

Firma del Preceptor

Aclaración o Sello

**AUTORIDAD REGULATORIA NUCLEAR**  
 Av. del Libertador 8250 – Ofic. 317 – (C1429BNP) - Ciudad Autónoma De Buenos Aires  
 Tel.: (011)-6323-1356/1355; 0-800-555-1489; Fax: (011)-6323-1771/1798  
 Horario de atención: 9:00 a 15:00 hs. Horario de Tesorería: 10:00 a 15:00 hs  
 Web: [www.arn.gob.ar](http://www.arn.gob.ar) - e-mail: [arn@arn.gob.ar](mailto:arn@arn.gob.ar)