



**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE SALUD**



**SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA USO
DE FUENTES DE RADIACIONES IONIZANTES
Formulario PR-100**

Fecha: ___/___/___

I.- DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

A.- Datos del solicitante (Titular):

Nombre: _____ Cédula: _____

Sexo: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Nacionalidad: _____
dd mm aa

Dirección residencial: _____

Oficina: _____ Correo electrónico: _____

Apartado postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

B.- Datos del solicitante (Delegado):

Nombre: _____ Cédula: _____

Sexo: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Nacionalidad: _____
dd mm aa

Dirección residencial: _____

Oficina: _____ Correo electrónico: _____

Apartado postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

C.- Datos de la Instalación:

Nombre de la institución o empresa donde se localiza la fuente de radiación ionizante:

Dirección residencial: _____

Apartado postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

D.- Clase:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1.- Hospital | <input type="checkbox"/> 4.- Lab. Universitario |
| <input type="checkbox"/> 2.- Clínica | <input type="checkbox"/> 5.- Centro de Investigación |
| <input type="checkbox"/> 3.- Centro de Salud | <input type="checkbox"/> 6.- Industria |
| | <input type="checkbox"/> 7.- Otras |

II.- Profesional Responsable de la Protección Radiológica.

A.- Datos Personales:

Nombre: _____ Cédula: _____

Sexo: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Nacionalidad: _____
dd mm aa

Dirección residencial: _____

Oficina: _____ Correo electrónico: _____

Apartado postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

B.- Estudios: (Comenzar por Enseñanza Secundaria)

Años de estudio		Centro de Enseñanza	Materia de Estudio	Diploma o Título
De	A			

C.- Capacitación y/o adiestramiento en Protección Radiológica:

Fecha	Institución	Duración	Título

D.- Experiencia Laboral en el Uso de Fuentes de Radiación:

Años de servicios		Empleador y Ubicación	Puesto Ocupado	Tipo de Trabajo
De	A			

III.- Información del Personal que trabaja en Actividades que involucran Fuentes de Radiaciones Ionizantes (Ver Formato 1 adjunto).

IV.- Información Referente a la Fuente de Radiación Ionizante:

A.- Aplicación o Uso de la Fuente de Radiación Ionizante:

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Producción | <input type="checkbox"/> Posesión | <input type="checkbox"/> Utilización | <input type="checkbox"/> Terapia |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento | <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> Almacenamiento | <input type="checkbox"/> Abastecimiento |
| <input type="checkbox"/> Manipulación | <input type="checkbox"/> Operación | <input type="checkbox"/> Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Importación |
| <input type="checkbox"/> Exportación | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

B.- Tipo de Práctica:

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medicina | <input type="checkbox"/> Industria | <input type="checkbox"/> Investigación | <input type="checkbox"/> Docencia |
| <input type="checkbox"/> Comercio | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

C.- Tipos de Fuentes:

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1.- Selladas | <input type="checkbox"/> 2.- No selladas | <input type="checkbox"/> 3.- Equipos generadores de radiación ionizante |
|---------------------------------------|--|---|

1) Selladas: *(Ver Formato 2 adjunto).*

2) No selladas: *(Ver Formato 3 adjunto).*

3) Equipos generadores de radiación ionizante: *(Ver Formato 4 adjunto).*

V.- **Instrumentos de Medición y Detección:** *(Ver Formato 5 adjunto).*

VI.- **Dosimetría Personal:**

¿Utilizan dosímetros de monitoreo personal (SI / NO)? _____

Tipo:

1) Luminiscencia Estimulada Ópticamente (OSL)

2) Dosímetro Termoluminiscente (TLD)

3) Otros _____

Nota: EL dosímetro de bolsillo no se utiliza en un programa de dosimetría personal.

Nombre de la empresa que le brinda el Servicio de Dosimetría _____

VII.- **Desechos Radiactivos:**

1) ¿Poseen algún sistema de recolección, segregación, clasificación, almacenamiento, acondicionamiento, transportación y designación final de los desechos radiactivos?

Sí

No

2) Tipo de desecho que generan:

Gaseoso

Líquido

Sólido

3) Fuentes en desuso: *(Ver Formato 6 adjunto).*

VIII.- Organización Administrativa.

A.- Tipo de Autorización Solicitada:

Construcción (Blindaje) Clausura Operación

Modificación

Otros: _____

Observaciones: _____

_____ Nombre del Solicitante (Titular)	_____ Cédula	_____ Firma	_____/_____/_____ Fecha
--	------------------------	-----------------------	-----------------------------------

_____ Nombre del Solicitante (Delegado)	_____ Cédula	_____ Firma	_____/_____/_____ Fecha
---	------------------------	-----------------------	-----------------------------------

Formato 1

Recursos Humanos:

Nombre	Sexo (F/M)	Estudios*				Ocupación	Capacitación en PR (Sí/No)	Idoneidad (Sí/No)
		Secundario	Intermedio	Universitario	Post-grado / Maestría / Doctorado			

*Estudios Para cada nivel de estudio informar del título obtenido y anexar las copias correspondientes.

- **Ocupación
- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| 1) Radiólogo | 6) Radioquímico | 11) Téc. de Radioterapia |
| 2) Radioterapeuta | 7) Radiofarmacéutico | 12) Téc. de Medicina Nuclear |
| 3) Médico Esp. Medicina Nuclear | 8) Dosimetrista | 13) Odontólogo |
| 4) Físico Médico | 9) Téc. de Salud Radiológica | 14) Asistente Dental |
| 5) Radiobiólogo | 10) Téc. de Radiología Médica | 15) Otros: Indicar |

Nota: Para el caso de "Otros" especificar la ocupación. Anexar copias de este formato en caso de ser necesario.

Formato 2

Fuentes Selladas:

Código	Radio-núcleo	Fabricante	Modelo	No. de Serie	Actividad total (Ci)	Fecha	Uso*	Certificación (Sí/No)

- *USO:
- | | | |
|------------------|-------------------|---------------------------|
| 1) Teleterapia | 4) Braquiterapia | 7) Gammagrafía industrial |
| 2) Radiobiología | 5) Esterilización | 8) Irradiador |
| 3) Radioquímica | 6) Calibración | 9) Otros: _____ |

Nota: Anexar copias de este formato en caso de ser necesario y copias de los certificados de calibración de cada fuente.

Formato 3

Fuentes No Selladas:

Radionúclido	Fabricante	Forma Química	Forma Física	Actividad (Ci/año)	Fecha	Uso*	Certificación (Sí/No)

*USO: 1) Medicina 2) Industria 3) Investigación 4) Docencia 5) Comercio 6) Otros: _____

Nota: Anexar copias de este formato en caso de ser necesario.

Formato 4

Equipos Generadores de Radiación Ionizante:

Código	Marca	Modelo	No. de Serie	KVp (máx)	mA (máx)	Tiempo (máx)	No. de tubos	Fase** (1,3,AF,CD)	Uso*	Fecha de instalación

*USO: 1) Convencional 4) CT 7) Hasta 400 kV 10) Otros: _____
 2) Fluoroscopia 5) Portátil 8) Acelerador Lineal
 3) Radiografía y Fluoroscopia 6) Dental 9) Mamografía

**FASE: 1 = Monofásico 3 = Trifásico AF = Alta Frecuencia CD = Carga Decreciente

Nota: Anexar copias de este formato en caso de ser necesario.

Formato 5

Instrumentos de Medición y Detección:

Tipo*	Marca	Modelo	No. de Serie	Fecha de la última calibración	Aplicación

- *TIPO:
- 1) Cámara Anger
 - 2) PET
 - 3) SPECT
 - 4) Contador de Centelleo Líquido
 - 5) Espectrómetro de rayos gama
 - 6) Contador proporcional
 - 7) Calibrador de dosis
 - 8) Geiger Müller
 - 9) Cámara de ionización
 - 10) Otros

Nota: Anexar copias de este formato en caso de ser necesario y copia del último certificado de calibración de cada uno de los instrumentos.

Formato 6

Fuentes en Desuso

Radionúclido	Marca	Modelo	Serie	Forma Química o Física	Actividad (mCi/Bq)	Fecha	Lugar de almacenamiento/ Depósito

Nota: Anexar copias de este formato en caso de ser necesario.