|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESTUDIO DE RESULTADOS DE DOSIMETRIA PARA PRESCINDIR DE LA VIGILANCIA RADIOLÓGICA INDIVIDUAL.**  **ESTABLECIMIENTO ODONTOLÓGICOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Art. 106** delReglamento sobre Protección y Seguridad Radiológica. **44653-S** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DATOS GENERALES DE LA INSTALACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Tipo de instalación** | | | | | | | | | | * 1. **Clase de instalación** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo IV | | | | | | | | | | Clase1  Instalaciones con sistemas radiológicos de uso odontológico intraoral, fijos, móviles o portátiles. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Nombre comercial de la instalación** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Nombre o razón social** | | | | | | | | | | | | | | | | | | * 1. **Cédula física o jurídica** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| * 1. **Provincia** | | | | | | * 1. **Cantón** | | | | | | | | | | | | * 1. **Distrito** | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| * 1. **Dirección exacta de la instalación** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Teléfono(s)** | | | | * 1. **Correo electrónico** | | | | | | * 1. **Apartado postal** | | | | | | | | | * 1. **Número de Autorización de operación.** | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| * 1. **Horario de trabajo (días y horas de apertura y cierre)** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Cantidad de pacientes que se atienden diariamente para toma de radiografías intraorales** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPIETARIO DE LA INSTALACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Nombre del representante legal o propietario** | | | | | | | | | | | | | | | | * 1. **Número de documento de identidad** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| * 1. **Teléfono(s)** | | | | * 1. **Correo electrónico** | | | | | | * 1. **Apartado postal** | | | | | | | | | * 1. **Fax** | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 1. **DATOS DE LOS EMISORES DE RADIACIONES IONIZANTES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIONES IONIZANTES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Equipos de rayos X (los datos de los tubos de rayos X deben indicarse en el punto 4.5)** | | | | | | | | | | | | | | | No aplica | | | | | | | | | | | |
| (Si en la instalación **no** se utilizan o almacenan equipos de rayos X marque “No aplica”) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Tipo de equipo de rayos X** | | **Fabricante o marca** | | | | | **Modelo** | | | | | **Número de serie** | | | | | | | **Imagen**  **(Película o Digital)** | | **Modalidad**  **(Fijo, Móvil o Portátil)** | | **Carga de trabajo** | | |
| **Pacientes por día** | | **Exposiciones por paciente** |
| ***Equipo 1*** |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | |  | |  | |  |
| ***Equipo 2*** |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | |  | |  | |  |
| ***Equipo 3*** |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | |  | |  | |  |
| ***Equipo 4*** |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | |  | |  | |  |
| ***Equipo 5*** |  | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | |  | |  | |  |
| \*Marcar con una equis (X). I: Inclusión, E: Exclusión, M: Se mantiene | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Tubos de rayos X** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tubo(s) de rayos X del:** | | **Fabricante o marca** | | | | | **Modelo** | | | | | **Número de serie** | | | | | | | **kVp máximo**  **(kV)** | | | | | | **Corriente máxima**  **(mA)** | |
| ***Equipo 1*** | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | |
| ***Equipo 2*** | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | |
| ***Equipo 3*** | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | |
| ***Equipo 4*** | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | |
| ***Equipo 5*** | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | |
| \*Marcar con una equis (X). I: Inclusión, E: Exclusión, M: Se mantiene | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **PERSONAL DE LA INSTALACIÓN (deben coincidir con los indicados en la Autorización de operación)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Cantidad total de empleados** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Datos del personal** | | | | | | | | | **Marque con equis (X)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre completo** | | | | | **Número de identificación** | | | | **POE\*** | | | | | **Operador** | | | | | **Fecha inicio estudio dosimétrico** | | **Fecha final estudio dosimétrico** | | **Dosis acumulada total** (adjuntar reporte de dosis mensuales recibidas durante los 12 meses e historial dosimétrico anual) | | | |
| **Sí** | | **No** | | | **Sí** | | | **No** | |
|  | | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |
|  | | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |
|  | | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |
|  | | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |
|  | | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |
|  | | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |
|  | | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |
|  | | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |
|  | | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |
|  | | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |
| \*POE: Personal ocupacionalmente expuesto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **ENTIDADES QUE PRESTAN SERVICIOS A LA INSTALACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Dosimetría personal** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre o razón social** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Cédula física o jurídica** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 1. **FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Declaro que toda la información consignada en este formulario está completa y correcta a mi leal saber y entender. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Firma del Representante Legal o Propietario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL ESTUDIO DE RESULTADOS DE DOSIMETRIA PARA PRESCINDIR DE LA VIGILANCIA RADIOLÓGICA INDIVIDUAL. ESTABLECIMIENTO ODONTOLÓGICOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS GENERALES DE LA INSTALACIÓN** | **Tipo de instalación** | El tipo de instalación conforme a la clasificación de instalaciones del Anexo III Clasificación de las Instalaciones. del Decreto Ejecutivo N° 44653-S “Reglamento sobre Protección y Seguridad Radiológica” es Tipo IV. |
| **Clase de instalación** | La clase de instalación conforme a la clasificación de instalaciones del Anexo III Clasificación de las Instalaciones del Decreto Ejecutivo N° 44653-S “Reglamento sobre Protección y Seguridad Radiológica” corresponde a Clase 1 Instalaciones con sistemas radiológicos de uso odontológico intraoral, fijos, móviles o portátiles. |
| **Nombre comercial de la instalación** | Indicar claramente el nombre de fantasía o comercial de la instalación para la cual se solicita la Autorización. Si la instalación no tiene nombre comercial, en el caso de ser una persona física, anotar el nombre y apellidos del propietario; en el caso de ser una persona jurídica, anotar la razón social. |
| **Nombre o razón social** | En caso de tratarse de una persona física, anotar el nombre y apellidos del propietario de la instalación. Si se trata de una persona jurídica, anotar la razón social. |
| **Cédula física o jurídica** | Para personas físicas, indicar el número de cédula o Dimex. Para personas júridicas, indicar el número de cédula jurídica. |
| **Provincia** | Indicar, de acuerdo a la División Territorial Administrativa vigente, la provincia, el cantón y el distrito donde se ubica la instalación. |
| **Cantón** |
| **Distrito** |
| **Dirección exacta de la instalación** | Indicar la dirección de la instalación señalando puntos de referencia, distancias, calles, avenidas, nombre de la localidad y cualquier otra seña que permita ubicar correctamente el lugar. |
| **Teléfono(s)** | Indicar los números telefónicos, correo electrónico, apartado postal y fax de la instalación con el fin de mantener una vía oportuna de comunicación cuando las circunstancias lo ameriten. |
| **Correo electrónico** |
| **Apartado postal** |
| **Fax** |
| **Horario de trabajo** | Indicar la jornada laboral diaria, que incluya la hora de inicio y final de labores, y los días de la semana en los que se trabaja, por ejemplo: “Lunes a Viernes, 1 turno de 8 horas, de 8 am a 4 pm”. |
| **Cantidad de pacientes que se atienden diariamente para toma de radiografías intraorales** | Indicar la cantidad de pacientes que se atienden diariamente en la instalación. Puede obtener un promedio con el dato mensual de pacientes atendidos para este fin. |
| **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPIETARIO DE LA INSTALACIÓN** | **Nombre del representante legal o propietario** | Indicar nombre y apellidos del propietario o representante legal. |
| **Número de documento de identidad** | Indicar el número del documento de identidad vigente del representante legal o propietario. |
| **Teléfono(s)** | Indicar los números telefónicos, correo electrónico, apartado postal y fax del representante legal o propietario con el fin de mantener una vía oportuna de comunicación cuando las circunstancias lo ameriten. |
| **Correo electrónico** |
| **Apartado postal** |
| **Fax** |
| **DATOS DE LOS EMISORES DE RADIACIONES IONIZANTES**  **EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIONES IONIZANTES**  **Punto 3.1**  **Equipos de rayos X** | Se deben indicar TODOS los equipos de rayos X que se utilizan o almacenan en la instalación. | |
| **Tipo de equipo de rayos X** | Indicar el tipo de equipo de rayos X, por ejemplo, “Equipo de rayos X intraoral fijo, móvil o portátil” |
| **Fabricante o marca** | Indicar la marca o fabricante del equipo de rayos X. |
| **Modelo** | Indicar el modelo del equipo de rayos X. |
| **Número de serie** | Indicar el número de serie del equipo de rayos X. |
| **Imagen** | Indicar “Película” si se utiliza una placa o película, y “Digital”, si se utiliza un sistema digital para generar la imagen. |
| **Modalidad** | Indicar “Fijo”, “Móvil” o “Portátil” según corresponda. |
| **Carga de trabajo** | |
| **Pacientes por día** | Indicar la cantidad de pacientes por día a los que se les toma radiografías intraorales. Puede obtenerse un promedio del total mensual. |
| **Exposiciones por paciente** | Indicar la cantidad de radiografías intraorales que se toman a cada paciente por cita. Puede obtenerse un promedio del total mensual. |
| **DATOS DE LOS EMISORES DE RADIACIONES IONIZANTES**  **EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIONES IONIZANTES**  **Punto 3.2**  **Tubos de rayos X** | Se deben indicar TODOS los tubos de rayos X de los equipos de rayos X que se utilizan o almacenan en la instalación. **Los datos de los tubos deben corresponder al equipo indicado en el punto 3.1. En la fila “*Equipo 1*” se deben indicar los datos del(los) tubo(s) de rayos del equipo indicado en la fila “*Equipo 1*” en el punto 4.4 y así sucesivamente. En el caso de que un equipo posea más de un tubo, los datos de todos los tubos de dicho equipo deben indicarse en la misma fila.** | |
| **Fabricante o marca** | Indicar la marca o fabricante del tubo de rayos X. |
| **Modelo** | Indicar el modelo del tubo de rayos X. |
| **Número de serie** | Indicar el número de serie del tubo de rayos X. |
| **kVp máximo** | Indicar el kilovoltaje (kilovoltios, kV) pico (kVp) máximo del tubo de rayos X. |
| **Corriente máxima** | Indicar la corriente máxima en miliamperios (mA) del tubo de rayos X. |
| **PERSONAL DE LA INSTALACIÓN** | **Punto 4.1: Cantidad total de empleados** | Indicar el número total de empleados que trabajan en la instalación. |
| **Punto 4.2: Datos del personal.** Se deben indicar TODOS los trabajadores que laboran en la instalación, directa o indirectamente relacionados con la seguridad radiológica. | |
| **Nombre completo** | Indicar nombre y apellidos del trabajador. |
| **Número de identificación** | Indicar el número de cédula o Dimex del trabajador. |
| **POE** | Marcar con una equis (X):  Sí: Si se trata de un trabajador ocupacionalmente expuesto.  No: Si no es un trabajador ocupacionalmente expuesto. |
| **Operador** | Marcar con una equis (X):  Sí: Si el trabajador opera o manipula emisores de radiaciones ionizantes. (Debe contar con dosimetría personal)  No: Si el trabajador no opera o manipula emisores de radiaciones ionizantes. |
| **Fecha inicio estudio dosimétrico** | Fecha en que dio inicio la vigilancia radiológica individual con dosimetría personal. |
| **Fecha final estudio dosimétrico** | Fecha en que finaliza el periodo de un año de vigilancia radiológica individual con dosimetría personal. |
| **Dosis acumulada total** (adjuntar reporte de dosis mensuales recibidas e historial dosimétrico anual) | Información que se presenta en el historial dosimétrico de cada trabajador, reportada por la entidad autorizada como dosis anual. Adjuntar los reportes mensuales del año de vigilancia radiológica y el historial dosimétrico de cada operador. |
| **ENTIDADES QUE PRESTAN SERVICIOS A LA INSTALACIÓN** | **Punto 5.1: Dosimetría personal** | |
| **Nombre o razón social** | Anotar la razón social de la entidad que presta servicios de dosimetría personal a la instalación. |
| **Cédula física o jurídica** | Indicar el número de cédula jurídica de la entidad que presta servicios de dosimetría personal a la instalación. |
| **FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL** | En este espacio se debe consignar la fecha y la firma del representante legal de la instalación. | |