


| | | | |
|--|---|---------------------------|-------------------------|
|  COMISIÓN NACIONAL DE ENERGÍA <small>GARANTÍA DEL DESARROLLO SOSTENIBLE</small> | Dirección Nuclear Solicitud Inscripción en Registro (RX-Dental Periapical) | Código: FO DNU 036 | |
| | | Versión: 1 | Página 1 de 5 |
| | | Fecha: 28/8/2023 | |

Fecha

Institución

Dirección

| | |
|------|---------|
| Tel: | E-mail: |
|------|---------|

1- Presentar Instancia de solicitud para la autorización de Inscripción en Registro (Carta dirigida a la Comisión Nacional de Energía, debidamente firmada y sellada).

2- Presentar breve reseña de la instalación desde el punto de vista del trabajo que en ella se desarrollará.

3- Señalar los medios de protección o defensa con los que cuenta la instalación contra las radiaciones ionizantes.

Para el operador:


Barrera fija con visor

Para el paciente:

Mandil sin collarín

Mandil con collarín

Otros medios utilizados:

| | | | |
|--|---|---------------------------|-------------------------|
|  COMISIÓN NACIONAL DE ENERGÍA <small>GARANTÍA DEL DESARROLLO SOSTENIBLE</small> | Dirección Nuclear Solicitud Inscripción en Registro (RX-Dental Periapical) | Código: FO DNU 036 | |
| | | Versión: 1 | Página 2 de 5 |
| | | Fecha: 28/8/2023 | |

4- Completar las especificaciones técnicas dispositivos emisores de radiaciones ionizantes.

| Equipo 1 | |
|-------------------|--|
| Marca del Equipo | |
| Modelo | |
| Número de Serie | |
| kVp máximo | |
| mA (mAs) Máximo | |
| Tiempo Máximo (s) | |
| Fabricante | |

| Equipo 2 | |
|-------------------|--|
| Marca del Equipo | |
| Tipo de Equipo | |
| Modelo | |
| Número de Serie | |
| mA (mAs) Máximo | |
| Tiempo Máximo (s) | |
| Fabricante | |

| Equipo 3 | |
|-------------------|--|
| Marca del Equipo | |
| Modelo | |
| Número de Serie | |
| kVp máximo | |
| mA (mAs) Máximo | |
| Tiempo Máximo (s) | |
| Fabricante | |

| Equipo 4 | |
|-------------------|--|
| Marca del Equipo | |
| Tipo de Equipo | |
| Modelo | |
| Número de Serie | |
| mA (mAs) Máximo | |
| Tiempo Máximo (s) | |
| Fabricante | |

Carga de trabajo en cada sala de Rayos-X:

| | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1.- Número de placas/semana: | 2.- Número de placas/semana: |
|------------------------------|------------------------------|

Carga de trabajo en cada sala de Rayos-X:

| | |
|------------------------------|------------------------------|
| 3.- Número de placas/semana: | 4.- Número de placas/semana: |
|------------------------------|------------------------------|

5- Presentar plano arquitectónico de la instalación, especificando sus dimensiones e indicando el uso de todos los locales colindantes a la(s) sala(s) de Rayos-X.

| |
|--|
| |
|--|

6- Completar la tabla sobre las barreras de la(s) sala(s) según corresponda

| Sala 1 | | | |
|---------|----------|--------------|----------------|
| Paredes | Material | Espesor (cm) | Uso colindante |
| Pared A | | | |
| Pared B | | | |
| Pared C | | | |
| Pared D | | | |
| Puerta | | | |

| Sala 2 | | | |
|---------|----------|--------------|----------------|
| Paredes | Material | Espesor (cm) | Uso colindante |
| Pared A | | | |
| Pared B | | | |
| Pared C | | | |
| Pared D | | | |
| Puerta | | | |

| Sala 3 | | | |
|---------|----------|--------------|----------------|
| Paredes | Material | Espesor (cm) | Uso colindante |
| Pared A | | | |
| Pared B | | | |
| Pared C | | | |
| Pared D | | | |
| Puerta | | | |


| Sala 4 | | | |
|---------|----------|--------------|----------------|
| Paredes | Material | Espesor (cm) | Uso colindante |
| Pared A | | | |
| Pared B | | | |
| Pared C | | | |
| Pared D | | | |
| Puerta | | | |

7- Completar la tabla con el listado del Personal Ocupacionalmente Expuesto (POE)

| Nombres y apellidos | Cargo |
|---------------------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

8- Presentar procedimientos:

- Procedimiento Operación;
- Procedimientos Mantenimiento del o los equipos (quien lo realiza y la periodicidad);

| | | | |
|---|---|---------------------------|-------------------------|
|  | Dirección Nuclear Solicitud Inscripción en Registro (RX-Dental Periapical) | Código: FO DNU 036 | |
| | | Versión: 1 | Página 5 de 5 |
| | | Fecha: 28/8/2023 | |

9- Describa las medidas de Protección Radiológica.

10- Presentar acreditación de la personalidad jurídica de la entidad solicitante (Documentación del registro RNC).