



FORMULARIO REPORTE DE DOSIS SIGNIFICATIVAS

Sección Radiaciones Ionizantes y no Ionizantes

FECHA INICIO TRÁMITE:
Uso ISP

INSTRUCCIONES DE LLENADO DEL FORMULARIO.

1. Descargue el formulario al escritorio del PC.
2. Complete TODOS LOS CAMPOS solicitados.
3. Una vez completo el formulario, envíe a: oedding@ispch.cl y odelgado@ispch.cl

I. IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO DE DOSIMETRÍA PERSONAL EXTERNA

NOMBRE EMPRESA

II. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

NOMBRE EMPRESA	CIUDAD (donde trabaja)	COMUNA	DIRECCIÓN EMPRESA	CONTACTO	TELÉFONO	E-MAIL

III. IDENTIFICACIÓN DEL TOE

Nº	RUN	NOMBRE TRABAJADOR	CIUDAD	OCUPACIÓN	UNIDAD/SECCIÓN
1					
2					
3					
4					
5					

IV. REPORTE DE DOSIS DEL TOE

Nº	FECHA ALERTA día/mes/año	DOSIS (mSv)	Dosis corresponde a (marque con una x):			INICIO PERIODO día/mes/año	TÉRMINO PERIODO día/mes/año	FECHA DEVOLUCIÓN	SERVICIO O FUENTE	CATEGORÍA Uso ISP
			CE	Ext	Cr					
1			CE	Ext	Cr					
2			CE	Ext	Cr					
3			CE	Ext	Cr					
4			CE	Ext	Cr					

CE: Cuerpo Entero, Ext: Extremidad, Cr: Cristalino