CLÍNICA San Rafael	NOMBRE **REGISTRO MAGNITUDES DOSIMÉTRICAS**		CÓDIGO **10-2-FT-024**
	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO**	PROCESO **APOYO**	VERSIÓN 002

INSTITUCIÓN:		**MODELO:**		**MARCA:**	
ÁREA:		**EQUIPO:**		**SERIE:**	

FECHA	NOMBRE DEL PACIENTE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	EDAD (años)	PESO (kg)	PROCEDIMIENTO REALIZADO	Kv	mA	DOSIS DE ENTRADA EN LA PIEL (mGy)	PPRODUCTO DOSIS ÁREA (PDA)	NOMBRE RESPONSABLE DE LA TOMA DE LA IMAGEN