Departamento de Acción Sanitaria Unidad de Salud Ocupacional Fono: 072-2335346- 2335347

[www.seremi6.redsalud.gob.cl](http://www.seremi6.redsalud.gob.cl/)

# SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE OPERACIÓN DE INSTALACIONES RADIACTIVAS Y EQUIPOS

**DE 2ª y 3ª CATEGORÍA**

|  |
| --- |
| **1 .- INSTITUCIÓN O EMPRESA/PERSONA NATURAL** |
| **RUT** |  |  |  |  |  |  |  |  | **-** |  | **Nombre o Razón Social** |  |
| **Dirección** |  |
| **Comuna** |  | **Ciudad** |  | **Región** |  |
| **Teléfono Fijo** |  | **Teléfono Celular** |  | **Correo Electrónico** |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **2 .- REPRESENTANTE LEGAL** |
| **RUN** |  |  |  |  |  |  |  |  | **-** |  | **Nombre y Apellidos** |  |
| **Teléfono Fijo** |  | **Teléfono Celular** |  | **Correo Electrónico** |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **3 .- INSTALACIÓN RADIACTIVA O EQUIPO** |
| **Dirección** |  |
| **Comuna** |  | **Ciudad** |  | **Región** |  |
| **Coordenadas UTM WGS84, las que contienen 6 y 7 cifras respectivamente (sólo para instalaciones fijas con fuentes radiactivas)** |  | **X** |  | **Y** |  |
| **ÁMBITO** |  | **USO** |
| **Médico** |  |  | **Industrial** |  |  | **Rayos X** |  |  | **Obras Viales** |  |  |
| **Dental** |  | **Minero** |  | **Medicina nuclear** |  | **Control de equipajes** |  |
| **Veterinario** |  | **Investigación** |  | **Radioinmunoanálisis (RIA)** |  | **Almacenamiento transitorio** |  |
| **Otro** |  | **Otro** |  |
| **TIPO DE INSTALACIÓN O EQUIPO** | **Fijo** |  | **Móvil** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **4 .- CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO** |
| **4.1.- PARA EL CASO DE GENERADOR DE RAYOS X ( segunda categoría)** |
| **Equipo** |  | **Marca** |  | **Modelo** |  | **Nº Serie** |  | **Año fabricación** |  |
| **N° serie tubo** |  | **kV máx.** |  | **mA máx.** |  | **Equipo Fijo** |  | **Equipo Móvil** |  | **Comando** |  |
| **4.2.- PARA EL CASO DE FUENTE (S) RADIACTIVA(S) (tercera categoría)** |
| **Equipo** |  | **Marca** |  | **Modelo** |  | **Nº Serie** |  | **Año fabricación** |  |
| **Radioisótopo 1** |  | **Actividad inicial en Bq** |  | **Fecha de calibración** |  | **Nº serie** |  |
| **Radioisótopo 2** |  | **Actividad inicial en Bq** |  | **Fecha de calibración** |  | **Nº serie** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **5 .- RESPONSABLE DE LA SEGURIDAD RADIOLÓGICA** |
| **RUN** |  |  |  |  |  |  |  |  | **-** |  | **Nombre y Apellidos** |  |
| **Teléfono Fijo** |  | **Teléfono Celular** |  | **Correo Electrónico** |  |
| **Profesión** |  | **Nº Resolución / Fecha / SEREMI de Salud que la otorga** |  |

|  |
| --- |
| **6 .- SERVICIOS PRESTADOS POR TERCEROS** |
| **Servicio** | **Empresa / Dirección** | **Nº de Teléfono** |
| **Dosimetría personal** |  |  |
| **Mantención equipos** |  |  |
| **Disposición de residuos** |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **7 .- ANTECEDENTES A ADJUNTAR** |
| 1. Acreditar cedula de identidad (fotocopia) del representante legal. (Legalizada ante Notario)
2. Plano o croquis general de planta de la instalación radiactiva, indicando: dimensiones; partes blindadas; ubicación del equipo; uso de las áreas delimitadas por la instalación; uso de las áreas colindantes, para el caso de almacenamientos transitorios de fuentes radiactivas deberá acreditar memoria de cálculo de blindaje.
3. Copia del manual de operación del equipo en español (especificaciones técnicas), si corresponde.
4. Procedimientos de protección radiológica operacional y procedimiento para emergencia radiactivas.
5. Copias de las autorizaciones de desempeño vigente de todo el personal.
6. Último informe dosimétrico o contrato de dosimetría de todo el personal ocupacionalmente expuesto.
7. En el caso que la práctica genere residuos peligrosos, se debe indicar la forma de su gestión y disposición final.
8. En instalaciones con manipulación de sustancias radiactivas, como RIA, Medicina nuclear, investigación, etc.; y de equipos con fuentes radiactivas selladas, fijas o móviles, como medidores de densidad, medidores de humedad, lectores de asfaltos, medidores de nivel, etc.; debe entregar un Procedimiento para la gestión de los desechos radiactivos.
9. En el caso de equipos con fuentes radiactivas selladas, se debe **acreditar la copia la autorización sanitaria de importación**, copia de factura y copia de autorización sanitaria para el almacenamiento transitorio del material radiactivo.
10. Acreditar control dosimétrico personal.
11. Certificado de garantía o mantención del equipo, en el caso de equipos generadores de radiaciones ionizantes (Rayos X).
* Arancel **$ 63.700.-** de Autorización de operación de instalaciones radiactivas de equipos de 2° y 3° categoría. (1.5.1.1 – 1.5.1.2)
* Arancel **$ 22.800.-** de Autorización de funcionamiento bodega de almacenamiento de equipos radiactivos (1.5.4)
1. **Para realizar el Cambio de razón social, debe ingresar al sistema SEREMIENLINEA.MINSAL.CL.**
 |
| **La falta de alguno de estos antecedentes, será motivo suficiente para rechazar esta solicitud** |
|  |
| **Nombre y Firma del Representante Legal****Fecha:**  |
| **Quien suscribe declara que la información contenida en la presente solicitud y los documentos adjuntos son verídicos** |
|  |