

FORMULARIO PARA USUARIOS

Fecha: / /

Dependencia:

Teléfono de contacto:

Interno:

Correo electrónico de contacto:

Apellido y Nombres:

DNI:

Establecimiento al que pertenece:#

Indique el tipo de acceso que desea solicitar para el Registro Sanitario Provincial:

Incorporar Sacar

Consultas (Vista)

Consultas (Registro)

Inscripción de Pacientes (Vista)

Inscripción de Pacientes (Registro)

Vacunaciones (Vista)

Vacunaciones (Registro)

Personal del Establecimiento (Vista)

Personal del Establecimiento (Registro)

Talleres (Vista)

Talleres (Registro)

Inscripción a programas (Vista)

Inscripción a programas (Registro)

Internaciones (Vista)

Internaciones (Registro)

Reportes (Todos)

Reportes (Estadísticas de consultas ambulatorias)

Reportes (Parametrizados)

Firma _____ de autoridad competente _____

Sello _____

IMPORTANTE: Es excluyente que todos los campos del formulario se encuentren **COMPLETOS Y LEGIBLES** para que el requerimiento se lleve a cabo.

CASO CONTRARIO EL PEDIDO SERÁ RECHAZADO