



SOLICITUD DE USUARIO

EXPEDIENTE CLINICO

CODIGO: UITS-02

VERSIÓN: 01

Esta sección deberá ser llenada con la información correspondiente por el solicitante:

Fecha de solicitud	Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.		
Tipo de solicitud	Alta <input type="checkbox"/>	Baja <input type="checkbox"/>	Modificación <input type="checkbox"/>
Módulos/funcionalidades a la(s) que se requiere acceso:			
Datos del solicitante	Nombre:	Correo electrónico:	CURP:
	Tel. Celular:		
	Fecha de nacimiento: Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.	País de nacimiento:	Entidad de nacimiento
Datos del puesto	Tipo de recurso: Elige un elemento.	Actividad principal que desempeña: Elige un elemento.	Área/Servicio de trabajo: Elige un elemento.
	Tipo de personal: Elige un elemento.	Turno: Elige un elemento.	
	S.S.A.	Contratado para el programa U013 Elige un elemento.	
	Hojas diarias: <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Detecciones <input type="checkbox"/> Planificación <input type="checkbox"/> familiar Salud mental <input type="checkbox"/> Salud bucal		
Estudios	Cedula Profesional:	Cedula Extranjera:	Escolaridad: Elige un elemento.
	Especialidad: Elige un elemento.	Título:	Universidad:
Domicilio	Reside en el extranjero:	País:	Código Postal:
	Entidad:	Municipio:	Localidad:
	Colonia:	Calle:	Numero:



SOLICITUD DE USUARIO

EXPEDIENTE CLINICO

CODIGO: UITS-02

VERSIÓN: 01

Agenda	Turno: Elige un elemento.	Horario: Haz clic o pulse aquí para escribir texto.		
	Día: <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo			
	Total de consultas Haz clic o pulse aquí para escribir texto.	Total de pacientes consultados por primera vez Haz clic o pulse aquí para escribir texto.	Duración de Consulta Primera Vez (min) Haz clic o pulse aquí para escribir texto.	Duración de Consultas Subsecuentes (min) Haz clic o pulse aquí para escribir texto.

Observaciones/Caso especial:

Esta sección deberá ser llenada por el usuario solicitante:

SOLICITADO POR:	
NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE SELLO DEL AREA SOLCITANTE	NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO

NOTAS:

- Para la aprobación y creación de cualquier usuario es necesaria la autorización de las autoridades pertinentes.
- Toda solicitud debe ir acompañada con su respectiva carta responsiva y petición por medio de oficio.
- Para considerar como válida cualquier solicitud, debe contar con el nombre y firma del solicitante, además del sello del área solicitante.
- EL PRESENTE DOCUMENTO DEBE SER LLENADO DE FORMA DIGITAL.

<http://saludsinaloa.gob.mx/index.php/aviso-de-privacidad/>