



Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD
DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA

CUENTA DE USUARIO [ ]

CUENTA DE CORREO [ ]

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

UNIDAD/CENTRO DE SALUD: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE ADSCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_

SUBDIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ EXT: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE ELECTRÓNICO: SI [ ]

NO [ ]

Observaciones:

- 1.- La cuenta solicitada es personal e intransferible.
2.- Me comprometo a hacer buen uso de mi cuenta de correo, solo para fines institucionales.
3.- Para el caso de solicitar una cuenta para expediente clínico electrónico se deberá especificar cómo Dirección: DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA y Subdirección: SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD o SUBDIRECCIÓN DE HOSPITALES.
4.- Para el caso de Oficinas Centrales se deberá llenar el campo departamento, en caso contrario especificar N/A.
5.- Para cuentas generadas para Expediente Clínico Electrónico de Centros de Salud, deberá llevar el nombre completo y firma del responsable jurisdiccional.
6.- Para cuentas generadas para Expediente Clínico Electrónico de Centros de Salud, las credenciales de acceso serán entregadas al responsable jurisdiccional para su distribución.
7.- Se requisitará de manera individual cada solicitud.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL SOLICITANTE

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y SELLO DEL JEFE INMEDIATO