



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