

**Atención:**

- Los datos deben ser escritos en letra imprenta.

Marque con una X el sistema para el cual solicita usuario

	Consulta	Ingreso / act
Sistema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Índice de Personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Admisión Hospitalaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Citas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imágenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solicitudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describe ESPECÍFICAMENTE roles y necesidades en el/los sistema(s) seleccionado(s):

--

Por favor complete estos datos:

FECHA / /		
Del funcionario a habilitar	Nombre	
	C.I.	
	E-mail	
	Cargo	
Del servicio	Nombre	
	Teléfono y horario	
	Responsable	
	<b>Firma de quien autoriza</b>	