

FORMULARIO ALTA DE USUARIOS

Se solicita a Ud., o por su intermedio a quien corresponda, la generación de Perfil/es de Usuario/s, para acceder al Sistema de Historia Clínica Electrónica, del/los siguiente/s profesional/es que se detalla a continuación:

Apellido y nombre del profesional:	CUIL/DNI	Nº Matrícula	Código/s de Servicio de SAS (1)			Código Efector	Fecha de fin de contrato (2)	Firma del profesional

(1) SI UN MISMO PROFESIONAL REALIZA PRESTACIONES EN MÁS DE UN SERVICIO, AGREGAR CADA CODIGO EN UN CASILLERO DISTINTO (SINO UTILIZAR UN SOLO CASILLERO).

(2) SOLO COMPLETAR SI ES PRESTADOR DE SERVICIO O CONTRATADO.

Los formularios deben ser enviados desde un correo oficial.

Las direcciones a enviar son: soporte-salud@mendoza.gov.ar

FIRMA DEL DIRECTOR
Aclaración y Sello