**FORMULARIO DE SOLICITUD PARA CREACION/ ELIMINACION DE ACCESOS**

**SISTEMAS NEXO HBLT**

1. **Tipo de solicitud**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Creación de usuario |  |  | Fecha de solicitud | 20 de marzo de 2025 |
| Eliminación de acceso |  |  | N° Ticket Atención |  |

**2.** **Jefatura que solicita:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| Departamento o Unidad |  |
| Correo electrónico |  |
| Anexo |  |

**3. Identificación del funcionario (todos los campos son obligatorios, usar letra clara y legible)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo |  | | | |
| RUT |  | | | |
| Cargo |  | | | |
| División / Departamento |  | | | |
| Calidad Jurídica |  | | | |
| Anexo |  | | | |
| Correo personal |  | | Para envío de credenciales de acceso |
| Fecha de término |  | Para el caso que el acceso al sistema o servicio sea temporal | |

**4. Sistema(s) o Base de datos a los que se solicita acceso / eliminación: Debe definir objetivo y nivel de responsabilidad.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Sistema o Base de datos** | **Perfil o nivel de acceso** | **Responsabilidad** |
| **1** |  |  |  |

1 Ingresar sólo un funcionario por solicitud

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Registro Clínico Electrónico (HBLT)** | |  |
|  | Observador |  |
|  |  |  |
| **Gestión de camas Gestor** | |  |
|  | Enfermero Gestor |  |
|  | Estadístico |  |
|  | Informativo (OIRS) |  |
|  | Observador |  |
|  |  |  |
| **Gestión de cama Servicio** | |  |
|  | Enfermero/a Clínico |  |
|  | Enfermero/a Supervisor |  |
|  | Médico Clínico |  |
|  | Médico Residente |  |
|  | Observador |  |
|  |  |  |
|  | **Gestión de camas Urgencia** |  |
|  | Enfermero/a Clínico Urgencia |  |
|  | Enfermero/a Jefe Turno Urgencia |  |
|  | Enfermero/a Supervisor Urgencia |  |
|  | Médico Urgencia |  |
|  | Médico Jefe Urgencia |  |
|  |  |  |
| **KARDEX** | |  |
|  | Admisionista |  |
|  | Recaudador |  |
|  | Archivo |  |
|  | Administrador |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | **SISORD** |  |
|  | Medico solicitante |  |
|  | Observador |  |
| Indicar para SISORD, Especialidades de Ambulatorio: (Se rechazará si se indica **“todas”**) | | |
|  | | |
|  |  |  |
| **Recaudación** | |  |
|  | Recaudador |  |
|  | Jefe Recaudación |  |
|  | Admisionista |  |
|  | Supervisor |  |
|  | Regularizador |  |
|  | Cobranza |  |
|  |  |  |
| **Reportes** | |  |
|  | GRD |  |
|  | Fichas Repetidas |  |

Al firmar este documento, la(el) funcionaria(o)\* se compromete a:

* Mantener la confidencialidad de la información contenida, según lo establecido en la ley.
* Garantizar la Integridad de los datos ingresados y almacenado en este sistema.
* El uso de este sistema será exclusivamente para los fines previstos y no para otros propósitos.
* No compartir sus credenciales de acceso (usuario y contraseña) con tercero.

La información contenida en este sistema, se encuentra protegida por la Ley 19.628, sobre protección de la vida privada, ley 20584, regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, así como otras relacionadas.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre y Firma de la Jefatura que solicita** |  | **Nombre y Firma funcionaria(o)\* al que se le otorga el acceso** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Nombre y firma Encargado de Soporte** |  | **Nombre y firma Encargado de Seguridad de la Información.** |