**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.** |