

	FORMULARIO		FOR-CNSP-567
	SOLICITUD DE ACCESO AL MÓDULO DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LABORATORIOS NETLAB		Edición N°1
			Pág.1 de 2

SECTOR	SALUD	SUB SECTOR	
DIRESA /GERESA / DISA/ DIRIS:			
RED / UBG DE SALUD		Es cabeza de Red	Si () No ()
MICRORED DE SALUD		Es cabeza de M. Red	Si () No ()
CÓDIGO RENIPRESS:		IPRESS / LABORATORIO NAC. / REG. /ÁREA /OTRO	

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI () ; DNe () ; PAS () ; CE () ; CI () Otro _____		N° DE DOC.	
USUARIO SOLICITANTE		N° SOLICITUD	
		TIPO SOLICITUD	Nuevo () Renov. ()
PROFESIÓN	Otro: _____	CONDICIÓN LABORAL:	Otro: _____
CARGO: DIRECTOR () JEFE () COORD.() RESP.() De _____		NINGUNO () , Equipo téc. _____	
N° DE COLEGIATURA		SIGLAS COLEG.	
CORREO ELECTRÓNICO "netlab"		TELÉFONO DEL USUARIO (móvil)	
COMPONENTE : LABORATORIO () ; ESTRATEGIA () ; EPIDEMIOLOGÍA () ; GESTOR DE SALUD () AREAS INS ()			

Solicito usuario y contraseña para acceso al NETLABv2, con las siguientes opciones. (marcar con X)

Unidad Tomadora de Muestras – UTM		Autorizar la corrección de informe de resultados	
Registro y Obtención de Muestras - ROM		Consulta de Resultados Online	
Registro de Resultados (Analista de examen)		Seguimiento de pacientes	
Verificador de Resultados (Solo personal laboratorio)		Reporte de Indicadores (según perfil de usuario)	
Control del proceso por semáforo (Solo personal lab.)		Referencia de pacientes	
AREA PROCESAMIENTO (Solo para personal que realiza análisis de Lab. o verifica resultados)	BACILOSCOPIA TB () CULTIVO – TB () BIOLOGÍA MOLECULAR () MICROBIOLOGÍA () INMUNOLOGÍA () HEMATOLOGÍA () MICROSCOPIA () ANATOMÍA PATOLÓGICA ()	ACCESO A LA ENFERMEDAD DE:	
SOLICITUD DE ACCESO A EXAMEN(ES) DE LAB. (Si registra, indicar cuáles)	CONSULTA () REGISTRO ()	EXAMEN(ES) QUE VERIFICA RESULT. (Solo para personal de laboratorio).	
¿ES USTED QUIEN ORDENA QUE EL PACIENTE SE REALICE UN EXAMEN DE LABORATORIO? (solicitante): SI () NO () ¿ES USTED MÉDICO CONSULTOR OFICIAL DE TUBERCULOSIS U OTRA ETIOLOGÍA? SI () NO () ESPECIFICAR ETIOLOGÍA (SI MARCO "SI")			

Lugar _____
Firma del solicitante _____ Fecha:/...../.....

Responsable de la IPRESS/ Institución; Dirección, Oficina General Laboratorio, que autoriza el acceso:	Firma y Sello
Cargo:	

**FORMULARIO**

FOR-CNSP-567

**SOLICITUD DE ACCESO AL MÓDULO DIAGNÓSTICO DEL
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LABORATORIOS
NETLAB**

Edición N°1

Pág.1 de 2

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD**Al recibir el acceso al Sistema NETLABv2, me comprometo a:**

1. No divulgar datos personales, incluyendo sensibles provenientes del NETLABv2 a personas no autorizadas o ajenas a los procesos.
2. No otorgar datos o información considerada como confidencial o restringida proveniente del NETLABv2, a personas no autorizadas y ajenas a los procesos.
3. No permitir, ni facilitar el acceso al sistema de información NETLABv2 a personas no autorizadas o ajenas al proceso.
4. No utilizar el sistema de información NETLABv2 para otras actividades que no estén directamente relacionadas con las funciones asignadas en el Manual de Organización y Funciones de la unidad orgánica, institución o establecimiento de salud en donde presto mis servicios.
5. No utilizar datos, ni información a la que tengo acceso a través del sistema de información NETLABv2, sin autorización; para la realización de investigaciones, en el ámbito nacional o internacional, a título personal o de terceros, bajo pena de cancelarle el acceso al sistema.
6. No utilizar datos, ni información a la que tenga acceso mediante el uso del sistema de información NETLABv2, sin autorización, para realizar publicaciones en revistas científicas a nivel nacional o internacional a título personal o de terceros, bajo pena de cancelarle el acceso al sistema.
7. Proteger cuidadosamente mi usuario y contraseña que me han sido asignadas, no compartiéndola bajo ninguna circunstancia, y evitar que esté a la vista de otros.
8. Registrar y reportar con prontitud a mi jefe inmediato cualquier incidencia que pueda comprometer la seguridad del sistema de información NETLABv2.
9. Informar al administrador del NETLABv2 cuando existe cambio de funciones en el puesto, cambio de laboratorio dentro de la misma institución o cuando ya no se labora en la institución o establecimiento de salud a través del cual se solicitó el acceso al NETLABv2.
10. Aceptar que ante cualquier violación a mis compromisos, me sea impuesta la sanción correspondiente según la infracción cometida.

Firma del solicitante**Fecha:**/...../.....**Nombre :** _____**DNI:** _____