
PROPUESTA DE FORMULARIO ELECTRÓNICO PARA INSCRIPCIÓN DE QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

- FICHA

Nombre del trámite:	INSCRIPCIÓN DE QUÍMICOS FARMACÉUTICOS
Descripción:	<p>Este formulario corresponde a una inscripción en línea a través del sistema MIDAS, de los Químicos Farmacéuticos que trabajan en farmacias privadas, asistenciales, municipales, entre otros.</p> <p>Esta inscripción permite enrolar a estos usuarios a través de la verificación de ciertos requisitos para posteriormente entregarles una clave que les permitirá realizar acciones a través del sistema.</p>
Usuarios:	<ul style="list-style-type: none">Químicos Farmacéuticos de farmacias privadas.Químicos Farmacéuticos de farmacias municipales.Químicos Farmacéuticos de farmacias asistenciales.Otros Químicos Farmacéuticos
Documentos requeridos:	No aplica.
Validaciones:	<ul style="list-style-type: none">Validación en línea con SIS (Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud) para verificar calidad profesional de químico farmacéutico o farmacéutico.
Marco legal:	D.S. N° 466/84

1. ACCESO A LA PLATAFORMA

El ingreso al sistema se realizará vía Clave Única, que corresponde a una contraseña única para acceder a todos los servicios del Estado. Esta clave se activa en el sitio web claveunica.gob.cl, mediante un código de activación solicitado presencialmente en las oficinas del Registro Civil o IPS/Chile Atiende.

• FORMULARIO ELECTRÓNICO DE INSCRIPCIÓN

2. ANTECEDENTES DEL PROFESIONAL

En esta sección del formulario se deben completar los datos personales del QF.

ANTECEDENTES DEL PROFESIONAL	DEL																																				
Nombre completo:	Campo alfanumérico. Autocompletado por autenticación con clave. Separado en Nombres, Apellido Paterno, Apellido Materno.																																				
Cédula de Identidad:	Campo alfanumérico. Autocompletado por autenticación con clave. Este campo debería completarse automáticamente al ingreso con clave única.																																				
Profesión:	Lista desplegable para selección (excluyente) y posterior validación con la SIS: <input type="checkbox"/> Químico Farmacéutico. <input type="checkbox"/> Farmacéutico Si el profesional no está inscrito en la SIS , se debería enviar un mensaje indicando al usuario que no se puede realizar la inscripción en línea, como por ejemplo: "El usuario no se encuentra inscrito en la Superintendencia de Salud, debe realizar trámite de inscripción en línea disponible en www.supersalud.gob.cl/ y presentar los antecedentes de manera presencial en la Seremi de Salud donde se desempeñará".																																				
Región de residencia y autoridad correspondiente	Lista desplegable con las 16 regiones, al seleccionar la región se completa automáticamente la autoridad sanitaria correspondiente a la región: <table border="1"><thead><tr><th>REGIÓN</th><th>AUTORIDAD SANITARIA</th></tr></thead><tbody><tr><td>Arica y Parinacota</td><td>SEREMI de Salud Arica y Parinacota</td></tr><tr><td>Tarapacá</td><td>SEREMI de Salud Tarapacá</td></tr><tr><td>Antofagasta</td><td>SEREMI de Salud Antofagasta</td></tr><tr><td>Atacama</td><td>SEREMI de Salud Atacama</td></tr><tr><td>Coquimbo</td><td>SEREMI de Salud Coquimbo</td></tr><tr><td>Valparaíso</td><td>SEREMI de Salud Valparaíso</td></tr><tr><td>Metropolitana</td><td>Instituto de Salud Pública</td></tr><tr><td>O'Higgins</td><td>SEREMI de Salud O'Higgins</td></tr><tr><td>Maule</td><td>SEREMI de Salud Maule</td></tr><tr><td>Ñuble</td><td>SEREMI de Salud Ñuble</td></tr><tr><td>Bíobío</td><td>SEREMI de Salud Biobío</td></tr><tr><td>Araucanía</td><td>SEREMI de Salud Araucanía</td></tr><tr><td>Los Ríos</td><td>SEREMI de Salud de Los Ríos</td></tr><tr><td>Los Lagos</td><td>SEREMI de Salud de Los Lagos</td></tr><tr><td>Aysén</td><td>SEREMI de Salud Aysén</td></tr><tr><td>Magallanes</td><td>SEREMI de Salud Magallanes</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table>	REGIÓN	AUTORIDAD SANITARIA	Arica y Parinacota	SEREMI de Salud Arica y Parinacota	Tarapacá	SEREMI de Salud Tarapacá	Antofagasta	SEREMI de Salud Antofagasta	Atacama	SEREMI de Salud Atacama	Coquimbo	SEREMI de Salud Coquimbo	Valparaíso	SEREMI de Salud Valparaíso	Metropolitana	Instituto de Salud Pública	O'Higgins	SEREMI de Salud O'Higgins	Maule	SEREMI de Salud Maule	Ñuble	SEREMI de Salud Ñuble	Bíobío	SEREMI de Salud Biobío	Araucanía	SEREMI de Salud Araucanía	Los Ríos	SEREMI de Salud de Los Ríos	Los Lagos	SEREMI de Salud de Los Lagos	Aysén	SEREMI de Salud Aysén	Magallanes	SEREMI de Salud Magallanes		
REGIÓN	AUTORIDAD SANITARIA																																				
Arica y Parinacota	SEREMI de Salud Arica y Parinacota																																				
Tarapacá	SEREMI de Salud Tarapacá																																				
Antofagasta	SEREMI de Salud Antofagasta																																				
Atacama	SEREMI de Salud Atacama																																				
Coquimbo	SEREMI de Salud Coquimbo																																				
Valparaíso	SEREMI de Salud Valparaíso																																				
Metropolitana	Instituto de Salud Pública																																				
O'Higgins	SEREMI de Salud O'Higgins																																				
Maule	SEREMI de Salud Maule																																				
Ñuble	SEREMI de Salud Ñuble																																				
Bíobío	SEREMI de Salud Biobío																																				
Araucanía	SEREMI de Salud Araucanía																																				
Los Ríos	SEREMI de Salud de Los Ríos																																				
Los Lagos	SEREMI de Salud de Los Lagos																																				
Aysén	SEREMI de Salud Aysén																																				
Magallanes	SEREMI de Salud Magallanes																																				

Comuna:	Desplegar para selección: <div>Según región seleccionada arriba</div>
Domicilio particular:	Campo alfanumérico de completación. Calle, número, depto.
Fecha de nacimiento:	Formato: <u>DD MM AAAA</u>
Género:	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Teléfonos de contacto:	Campo numérico
Correo electrónico:	Campo alfanumérico

Nota: Se debe incluir un mensaje para autorizar la notificación vía correo electrónico.

☐ Mediante el presente acto autorizo voluntariamente al Ministerio de Salud, a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y al Instituto de Salud Pública, a efectuar las notificaciones y comunicaciones que se deriven de la presente inscripción al correo electrónico indicado en este formulario. (Algo así... MIDAS debe tener ya un mensaje en sus trámites)

3. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

No aplica ya que la validación será con la SIS vía api, webservice o similar.

4. OBSERVACIONES

Campo alfanumérico largo.

5. FIN DE LA DECLARACIÓN

Mediante el presente acto hago constar que toda la información declarada en la presente solicitud, así como los antecedentes que la acompañan, son auténticos, fidedignos y veraces; en el mismo, otorgo autorización al Ministerio de Salud, a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y al Instituto de Salud Pública de Chile, a realizar las verificaciones que estimen necesarias.

ACEPTAR

VOLVER

6. DIAGRAMA DE FLUJO

