AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA (ANRS)

DIRECCIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD

DEPARTAMENTO DE REGISTRO Nacional DE PROFESIONALES Y TÉCNICOS DE SALUD

**FORMATO OFICIAL DE SOLICITUD DE CARNET DE PROFESIONAL y técnico DE LA SALUD[[1]](#footnote-1).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA DE REMISIÓN | 6/1/2025 | | N° DE CÓDIGO SANITARIO | Código Sanitario |
|  | | | | |
| 1. NOMBRE COMPLETO: | | Detalle el nombre completo del(a) profesional sanitario. | | |
|  | |  | | |
| 2. SEXO | | Elija el Sexo | | |
|  | |  | | |
| 3. IDENTIFICACIÓN | | Elija el tipo de documento de identificación. | | |
|  | |  | | |
| 4. N° DE IDENTIFICACIÓN: | | Escriba el N° de Identificación. | | |
|  | |  | | |
| 5. DOMICILIO | | Detalle su dirección exacta | | |
|  | |  | | |
| 6. N° DE TELÉFONO | | Escriba N° de teléfono. | | |
|  | |  | | |
| 7. CORREO ELECTRÓNICO | | Escriba su correo electrónico | | |
|  | |  | | |
|  | | | | |
| 8. OBSERVACIONES | | | | |
| Detalle cualquier aspecto que considere relevante para su solicitud | | | | |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**Fecha de Remisión**: Corresponde a la fecha en que el profesional sanitario solicita su carnet de Profesional o Técnico de la Salud. Debe seleccionar la fecha en la casilla ubicada a la izquierda.

**Código sanitario:** Corresponde al código de registro de profesional otorgado por el Departamento de Registro Nacional de Profesionales y Técnicos de la Salud, de la Dirección de Regulación en Salud, dependencia de la Autoridad Nacional de Regulación Sanitaria (ANRS). Debe detallarlo correctamente dicho código en el espacio establecido para tal fin.

**Nombre completo:** Indicar nombres y apellidos como lo detalla la identificación presentada.

**Sexo:** Indicar el sexo, si es hombre o mujer.

**Identificación:** corresponde al tipo de identificación legal que el profesional utiliza (cédula de identidad o cédula de residencia).

**N° de identificación:** Corresponde a código alfanumérico que detalla el documento de identificación presentado.

**Domicilio:** Corresponde a la dirección exacta en la cual reside el profesional sanitario.

**N° de teléfono:** corresponde al número de teléfono celular (personal) utilizado por el profesional sanitario.

**Correo electrónico:** corresponde a la dirección electrónica que el usuario utilizará para ser contactado. Deberá cerciorarse que el correo electrónico detallado se encuentra correctamente escrito para evitar contratiempos en las comunicaciones.

**Observaciones:** en este punto se deberá describir cualquier información que la Dirección de Regulación en Salud/Departamento de Registro Nacional de Profesionales y Técnicos de Salud debe tener en conocimiento, y que sea de importancia al momento de la evaluación.

1. Firma del solicitante.

   Adjuntar copia de cédula de identidad al presentar este Formato ante el Departamento de Registro Nacional de Profesionales y Técnicos de la Salud, Por favor, traiga una copia para su recibido.

   [↑](#footnote-ref-1)