AUTORIDAD NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA (ANRS)

DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

**FORMATO OFICIAL DE SOLICITUD DE USUARIO PARA EL SISTEMA KARPLUS[[1]](#footnote-1) EN LA DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA DE REMISIÓN | | Seleccione fecha. | | | ¿POSEE USUARIO REGISTRADO? | | | | Indicar si cuenta con usuario. |
|  | | |  | | |  | | |  |
|  |  | | | | | | | | |
| CATEGORÍA DE USUARIO (MARQUE UNA O AMBAS OPCIONES SEGÚN APLIQUE) | | | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | |  | |
| REGENTE SANITARIO | | | |  | | | REGISTRADOR: | | |
|  | | |  | | |  | |  | |
| 1. CÓDIGO SANITARIO | | | Escriba el Código Sanitario asignado por la ANRS. | | | | | | |
|  | | |  | | |  | |  | |
| 2. NOMBRE COMPLETO: | | | Detalle el nombre completo del(a) profesional sanitario. | | | | | | |
|  | | |  | | |  | |  | |
| 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 usuario envía el formato a la dirección de correo indicada en el mismo para efectuar la solicitud de usuario en el sistema *Karplus* Módulo de Dispositivos Médicos. Debe elegir en la casilla a la derecha dicha fecha.

**Usuario Registrado:** Indica si el profesional sanitario ya se encuentra registrado como usuario en el Sistema Karplus para efectuar trámites en otras Direcciones de la ANRS. Si selecciona la opción **SI**, la Dirección de Dispositivo Médicos procederá a la habilitación de dicho usuario para el módulo de Dispositivos Médicos, según corresponda. Si selecciona la opción **NO**, la Dirección de Dispositivos Médicos procederá a crearle un usuario en el Sistema.

**Categoría de Usuario**: indica los permisos a los que se le facultará al profesional sanitario en el Sistema Karplus – Dispositivos Médicos para efectuar trámites, según aplique, conforme a cumplimiento de requisitos establecidos. Cuando el profesional se desempeñe como Regente y Registrador deberá marcar ambas casillas. Si el profesional sanitario únicamente se desempeñará como Registrador o Regente deberá marcar la casilla que aplique.

**Código sanitario:** corresponde al código de registro de profesional otorgado por el Departamento de Registro 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 del profesional sanitario, como lo detalla la identificación presentada.

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

**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.

**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 Dispositivos Médicos debe tener en conocimiento y que sea de importancia al momento de la evaluación.

1. Remitir el presente Formato a la siguiente dirección electrónica: ***dismed@minsa.gob.ni*** [↑](#footnote-ref-1)