



REPÚBLICA DE PANAMÁ

— GOBIERNO NACIONAL —



# PLATAFORMA PARA ENTREGA DE MEDICAMENTOS



**MANUAL DE USO**

---

**USUARIO WEB**



REPÚBLICA DE PANAMÁ

— GOBIERNO NACIONAL —




## Contenido


PANTALLA INICIAL .....	3
VALIDACIÓN DE CÉDULA .....	4
VALIDACIÓN DEL AÑO DE NACIMIENTO .....	4
FORMULARIO DE CAPTURA DE INFORMACIÓN .....	5
MENSAJES DEL SISTEMA .....	8



## PANTALLA INICIAL



REPÚBLICA DE PANAMÁ  
— GOBIERNO NACIONAL —



ION  
INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL

Solicitud de Medicamentos

**\*\*\* IMPORTANTE \*\*\***

Utilice este servicio únicamente si es paciente registrado del Instituto Oncológico Nacional.

Solamente se repartirán medicamentos orales contra el cáncer o medicamentos para el dolor recetados por la Unidad de Cuidados Paliativos.

No aplica para medicamentos comunes como medicinas para la presión arterial o la diabetes.

Si Usted recibe quimioterapia intravenosa o inyectable, debe comunicarse con el ION al teléfono 512-7999.

[Siguiente](#)

Esta es la pantalla inicial al ingresar al sistema, se le informa que este servicio solo es válido para pacientes registrados en el instituto Oncológico Nacional. Para continuar con el proceso solo pulse el botón **Siguiente**.



## VALIDACIÓN DE CÉDULA

REPÚBLICA DE PANAMÁ  
GOBIERNO NACIONAL

ION  
INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL

Solicitud de Medicamentos

Ingrese su cédula para el registro (como aparece en su documento con guiones) **(campo obligatorio)**

Validar

Ingrese su número de cédula tal y como aparece en su documento de identidad incluyendo los guiones). Para continuar con el proceso solo pulse el botón **Validar**.

## VALIDACIÓN DEL AÑO DE NACIMIENTO

REPÚBLICA DE PANAMÁ  
GOBIERNO NACIONAL

ION  
INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL

Solicitud de Medicamentos

Ingrese su cédula para el registro (como aparece en su documento con guiones) **(campo obligatorio)**

Ingrese los 4 dígitos de su Año de Nacimiento **(campo obligatorio)**

Continuar

Ingrese los cuatro dígitos de su Año de Nacimiento. Para continuar con el proceso solo pulse el botón **Continuar**.



## FORMULARIO DE CAPTURA DE INFORMACIÓN

REPÚBLICA DE PANAMÁ  
GOBIERNO NACIONAL

ION  
INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL

### Solicitud de Medicamentos

Cédula

Fecha Nacimiento

Información de Contacto *Favor ingrese al menos uno (Teléfono Fijo ó Teléfono Celular)*

Teléfono Fijo

Teléfono Celular

Correo Electrónico

El correo electrónico es opcional. Si desea recibir información del ION de forma automática le sugerimos indicar su correo.

Información de Entrega

Local **(campo obligatorio)**

Provincia **(campo obligatorio)**

Sí la provincia que usted requiere no aparece en el listado, favor comunicarse con el ION al 512-7999.

Sucursal **(campo obligatorio)**

Comentarios

A continuación, se le presenta este formulario donde deberá llenar la información solicitada en el mismo:



### En el campo **\*Teléfono Fijo\***

Debe colocar un número de teléfono fijo donde pueda ser contactado

### En el campo **\*Teléfono Celular\***

Debe colocar un número de teléfono celular donde pueda ser contactado

**Nota:** debe colocar al menos uno de los teléfonos solicitados para que pueda ser contactado por el ION.

### En el campo **\*Correo Electrónico\***

Debe colocar un correo electrónico si desea recibir comunicaciones vía electrónica del ION.

### En el campo **\*Local\***

Debe seleccionar el Local comercial donde usted desea retirar sus medicamentos. **Este campo es obligatorio.**



### En el campo **\*Provincia\***

Debe seleccionar la Provincia donde usted desea retirar sus medicamentos. **Este campo es obligatorio.**

### En el campo **\*Sucursal\***

Debe seleccionar la Sucursal donde usted desea retirar sus medicamentos. **Este campo es obligatorio.**

### En el campo **\*Comentarios\***

Usted podrá colocar cualquier comentario que necesite agregar a su solicitud.


Una vez haya llenado toda la información solicitada en el formulario debe pulsar el botón Enviar.



## MENSAJES DEL SISTEMA

El sistema le devolverá el siguiente mensaje:

ed\_solicitud

 dice

Estimado usuario, hemos recibido su solicitud satisfactoriamente, ahora procederemos a efectuar el registro de su lugar de entrega en nuestros sistemas. La información que usted nos indicó es la siguiente:

Local: Farmacia El Javillo  
Provincia: Panamá  
Sucursal: Los Pueblos

[Aceptar](#)





En el caso de que usted haya colocado un correo electrónico el sistema le enviará un correo con la siguiente información:

Estimado (a)

Hemos recibido su solicitud para gestionar la entrega de sus medicamentos

**Cédula:** [REDACTED]  
**Teléfono:** 1111111  
**Local:** Farmacia El Javillo  
**Provincia:** Panamá  
**Sucursal:** Los Pueblos

Usted será contactado por teléfono en un periodo de 48 a 72 horas para coordinar la entrega de los medicamentos.

Saludos,



Si usted ha colocado un correo electrónico, en el momento que el ION proceda a despachar sus medicamentos al lugar especificado, el sistema le enviará un correo para notificarle del envío de estos.