|  |  |
| --- | --- |
| **Datos generales** | |
| **Nombre de la Unidad:** | Clínica Hospital del Magisterio “Profr. Nicéforo Rodríguez Maldonado”, Unidad Saltillo. |
| **Dirección:** | Boulevard Antonio Cárdenas No.2450, Col. Lourdes C.P. 25070. |
| **Teléfono:** | 4 17-31-31 |
| **Fax:** |  |
| **Correo electrónico:** | [sal-cli-38@hotmail.com](mailto:sal-cli-38@hotmail.com) |
| **Horario de atención** | |
| **Consulta externa:** | Lunes a viernes de 8:00 a 21:00 horas.  Sábados, domingos y días festivos 8:00 a 21:00 horas (consulta de urgencia). |
| **Urgencias:** | Las 24 horas. |
| **Farmacia:** | Las 24 horas. |
| **Dental:** | Lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas. |
| **Requisitos para acceder a los servicios** | |
| **Ser derechohabiente, estar dado de alta en afiliación y sacar la boleta en archivo clínico.** | |
| **Lista de especialidades con la que cuenta la unidad** | |
| Cardiólogo Hematólogo Pediatría  Cirugía MedicinaInterna Perinatología  CirugíaPediátrica Nefrología Psicología  Dermatología Neurocirugía Psiquiatría  Endocrinólogo Neurología Radiología  Epidemiólogo OdontologíaRehabilitaciónFísica  Gastroenterología Oftalmología Traumatología  Geriatría Oncología Urología  GinecologíaOtorrinolaringología | |
| **Rayos X** | |
| **Horario:** | Lunes a sábado de 8:00 a 21:00 horas.  Urgencias 24 horas. |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | Previa cita, orden del médico, presentarse en condiciones para realizar el estudio y ticket de pago. |
| **Servicios que presta el departamento** | Ultrasonido, mastografía y tomografía. |
| **Laboratorio** | |
| **Horario:** | Las 24 horas:  Inicio de recepción y registro 7:00 a 8:30 horas.  Lunes a viernes de 7:30 a 14:00 horas (exámenes de rutina a derechohabientes y particulares).  Lunes a sábado de 14:00 a 8:30 horas atiende solamente urgencias.  Domingo y días festivos**:** Atiende solamente urgencias.  24 horas de lunes a domingo: Atiende pacientes del área de urgencias y hospitalizados. |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | Orden del médico, ticket de pago.  Según el estudio que necesite el paciente es como debe presentarse:  Ex. Faríngeo:   * En ayunas, sin aseo bucal y sin ingerir agua, de lunes a jueves (Cultivos). * En ayunas. * En ayuno de 12 horas sin ingerir grasas la noche anterior. Cena a las 7:00 p.m.   Coprocultivo:   * Una muestra pequeña de excremento frasco estéril, de lunes a jueves.   Amiba fresco o topológico:   * Una muestra pequeña de excremento en frasco estéril.   Copro seriado:   * Juntar el excremento de 3 días (Una diaria al tamaño de una nuez, con el líquido que lleva el frasco).   Sangre oculta en heces:   * No comer por 3 días carnes rojas, frías, pollo, pescado, plátano ni betabel; después juntar la muestra de excremento en un recipiente estéril. * Primera orina de la mañana en un recipiente estéril.   Urocultivo:   * Primera orina de la mañana (Previo aseo del paciente),de lunes a jueves.   Ex. Vaginal:   * Sin bañarse por la mañana y sin aseo genital, delunes a jueves.   Eosinofilia nasal:   * Sin limpiarse la nariz. * Recolectar la orina de 24 horas (Desechando la primera al iniciar a juntar la muestra).   Muestra de semen:   * Con abstinencia de relaciones sexuales por 3 días, tratar de tardarse el menor tiempo en traer la muestra 30 min. * Sin aplicar talco o pomada. * Muestra de flema por \_\_\_\_\_\_\_ días (Indicados por el médico) (Traer una diaria). * Muestra de orina por \_\_\_\_\_\_\_\_ días (Indicados por el médico) (Traer una diaria).   Tamiz neonatal:   * Presentarse de lunes a viernes a las 7:00 a.m. * Al cumplir dos días de nacido y antes de los treinta días * Con tres o cuatro horas de ayuno, ya ingiera formula. * Última toma de alimentos a las 3:00 a.m. * Presentar la solicitud del médico. |
| **Servicios que presta el departamento** | BIOMETRIA HEMATICA  EOSINOFILIA MOCO NASAL  FROTIS DE SANGRE PERIFERICA  PLAQUETAS  RETICULOCITOS  T. COAGULACION  T. PROTOMBINA (TP)  T. SANGRADO (S)  T. TROMBOPLASTINA (TPT)  SEDIMENTACION GLOBULAR  TOMA A DOMICILIO  EOSINOFILIA FARINGEA  EOSINOFILIA NASAL EN SERIE  ACIDO URICO  ALBUMINA  AMILASA  BILIRRIBINAS (D-I-T)  CPK  CALCIO (Ca)  CLORO (CL)  COLESTEROL  CK-MB  CREATININA (CR)  CURVA DE TOL A LA GLUCOSA  DHL  ELECTROLITOS (Na-K-CL)  FOSFATASA ALCALINA  FOSFORO (P)  GASOMETRIA  GLUCOSA (GL)  MAGNESIO (Mg)  PERFIL BIOQUIMICO  PERFIL DE LIPIDOS  PFH (FUNCION HEPATICA)  POTASIO (K)  PROT. TOTALES A/G  QUIMICA SANGUINEA (QS)  SODIO (Na)  TGO  TGP  TRIGLICERIDOS (TRIGLI)  UREA  GLUCOSA POST  HB GLICOSILADA 95-70  UREA POST 70-70  PERFIL CARDIACO  GGT  LIPASA  V.I.H.  AEL (ANTIESTREPTOLISINAS)  COOMBS DIRECTO  COOMBS INDIRECTO  FACTOR REUMATOIDE  PERFIL REUMATICO  PROT C REACTIVA  REACC REBRILES  GRUPO Y RH  V.D.R.L.  HEPATITIS "C"  HEPATITIS "B"  DEP CREAT  P.I.E.  EGO  PROTEINA EN ORINA 24HRS  AMIBA EN FRESCO  A.P.C.  AZUCARES REDUCTORES  C.P.S. (3)  COPROLOGICO  FROTIS DE MOCO FECAL  RASPADO ANAL  RASPADO DE UÑAS  ROTAVIRUS  SANGRE OCULTA EN HECES  B.A.A.R. (3)  GRAM  CITOQUIMICO  COPROCULTIVO  CULTIVO (VARIOS)  EX. VAGINAL  KOH  ESPERMOCULTIVO  EX. FARINGEO  UROCULTIVO  ANTIBIOGRAMA  PERFIL HORMONAL I  PERFIL HORMONAL II  PERFIL TIROIDEO  PROLACTINA  Ag PROSTATICO (P.S.A.)  PROGESTERONA  GLUCOSA POSTPRANDIAL |
| **Medicina Preventiva** | |
| **Horario:** | Lunes a viernes de 8:00 a 14:30 horas. |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | Presentar cartilla de vacunación, cartilla de salud y/o comprobante de vacunación y estado sano. |
| **Servicios que presta el departamento** | Vacunas de:  BCG.  DPT.  HEPATITIS B.  NEUMOCOCO 23.  NEUMOCÓCICA CONJUGADA.  PENTAVALENTE.  ROTAVIRUS.  SABIN.  SRP.  SR.  TDPA.  TOXOIDE DIFTÉRICO.  VPH.  INFLUENZA (Se aplica preferentemente en mes de octubre, noviembre y diciembre). |
| **Otros servicio con los que cuente la unidad** | |
| **Nombre del servicio:** | Odontología. |
| **Horario:** | Lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas. |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | Boleta de consulta. |
| **Servicios que presta el departamento** | Dental general, endodoncia, odontopediatría y rehabilitación oral. |
|  |  |
| **Nombre del servicio:** | Rehabilitación Física. |
| **Horario:** | 8:00 a.m. a 14:30 horas. |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | Orden médica de especialista, previa cita y programación. |
| **Servicios que presta el departamento** | Terapia de rehabilitación física. |
|  | |
| **Nombre del servicio:** | Sala de Hemodinamia. |
| **Horario:** | Lunes a viernes de 9:00 a 14:00 horas, las 24 horas sólo urgencias. |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | Pase del médico tratante, estudios previos a cirugía, programación de estudios y cirugías con previa cita. |
| **Servicios que presta el departamento** | Procedimientos: Cardiacos, neurológicos, algología y electrofisiología. |

\*llenar por cada trámite que se realice en la unidad, ejemplo: Incapacidades, carta de buena salud, constancia, certificado médico, etc..

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | Dictamen Médico. |
| **Horario de atención:** | Lunes a viernes de 8:00 a 20:30 horas. |
| **Lugar de atención:** | Dirección Médica. |
| **Requisitos:** | Solicitud por escrito y En expediente electrónico debe estar registrada consulta con el especialista con fecha de no más de 6 meses. |
| **Tiempo de respuesta:** | 24 horas (Día hábil). |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Derechohabientes. |
|  |  |
| **Nombre del trámite:** | Artículo 7°. |
| **Horario de atención:** | Lunes a viernes de 8:00 a 20:30 horas. |
| **Lugar de atención:** | Dirección Médica. |
| **Requisitos:** | Sustento emitido por el médico que atiende al familiar. |
| **Tiempo de respuesta:** | Se entrega en el momento. |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Derechohabientes. |
|  |  |
| **Nombre del trámite:** | Carta Pasaporte. |
| **Horario de atención:** | Lunes a viernes de 8:00 a 20:30 horas. |
| **Lugar de atención:** | Dirección Médica. |
| **Requisitos:** | Una foto tamaño pasaporte y acta de nacimiento del solicitante. |
| **Tiempo de respuesta:** | 1 ó 2 días hábiles o el pediatra tratante la puede expedir y se entrega en el momento. |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Derechohabientes. |
|  |  |
| **Nombre del trámite:** | Carta de Discapacidad. |
| **Horario de atención:** | Lunes a viernes de 8:00 a 20:30 horas. |
| **Lugar de atención:** | Dirección Médica. |
| **Requisitos:** | En el expediente electrónico este registrada consulta con el especialista con fecha de no más de 6 meses y que se especifique el tipo de discapacidad o presentar copia de la carta anterior. |
| **Tiempo de respuesta:** | 24 horas (Día hábil). |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Derechohabientes. |
|  |  |
| **Nombre del trámite:** | Certificado Médico. |
| **Horario de atención:** | Lunes a viernes de 8:00 a 20:30 horas. |
| **Lugar de atención:** | Dirección Médica. |
| **Requisitos:** | Ficha para consulta con médico general. |
| **Tiempo de respuesta:** | En el momento. |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Derechohabientes. |
|  |  |
| **Nombre del trámite:** | Incapacidades. |
| **Horario de atención:** | Lunes a viernes de 8:00 a 20:30 horas. |
| **Lugar de atención:** | Dirección Médica. |
| **Requisitos:** | Sustento emitido por el médico de la institución o externo. |
| **Tiempo de respuesta:** | En el momento. |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Derechohabientes. |
|  |  |
| **Nombre del trámite:** | Oficio cambio de actividad. |
| **Horario de atención:** | Lunes a viernes de 8:00 a 20:30 horas. |
| **Lugar de atención:** | Dirección Médica. |
| **Requisitos:** | Solicitud por escrito y registro de consulta con el especialista en expediente electrónico con fecha de no más de 6 meses y que se especifique la causa de la solicitud. |
| **Tiempo de respuesta:** | 24 horas (Día hábil). |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Derechohabientes. |
|  |  |
| **Nombre del trámite:** | Oficio para trámite de placas. |
| **Horario de atención:** | Lunes a viernes de 8:00 a 20:30 horas. |
| **Lugar de atención:** | Dirección Médica. |
| **Requisitos:** | Registro de consulta con el especialista en expediente electrónico con fecha de no más de 6 meses y que se especifique el tipo de discapacidad. |
| **Tiempo de respuesta:** | 24 horas (Día hábil). |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Derechohabientes. |
|  |  |
| **Nombre del trámite:** | Oficio Incapacidad a otra institución. |
| **Horario de atención:** | Lunes a viernes de 8:00 a 20:30 horas. |
| **Lugar de atención:** | Dirección Médica. |
| **Requisitos:** | Sustento emitida por el médico de la institución. |
| **Tiempo de respuesta:** | En el momento. |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Derechohabientes. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hospital** | |
| **Número de habitaciones:** | 32. |
| **Equipamiento de las habitaciones:** | Cama, buro, sillón, pantalla, minisplit, teléfono, mesa puente y escalerilla. |
| **Número de quirófanos:** | 2. |
| **Servicios que presta el hospital:**(ejemplo, sala de labor, terapia intensiva, sala de recuperación, etc.) | Sala de labor, terapia intensiva, sala de recuperación, lactario, UCIA Y UCIN. |
| **Requisitos para acceder a los servicios que brinda el hospital:** | Ser derechohabiente, estar dado de alta en Afiliación y valoración del médico, programación y/o urgencia. |
| **Otros servicios que presta el hospital**  (ejemplo: hemodiálisis, quimioterapia, llenar uno por cada servicio) | |
| **Nombre del servicio:** | Hemodiálisis. |
| **Horario:** | 8:00 a.m. a 20:30 horas. |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | Solicitud y programación del médico especialista. |
|  |  |
| **Nombre del servicio:** | Quimioterapia. |
| **Horario:** | 8:00 a.m. a 20:30 horas. |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | Solicitud y programación del médico especialista. |
|  |  |
| **Nombre del servicio:** | Unidad de cuidados intensivos adultos. |
| **Horario:** | 24 horas. |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | Previa valoración y orden médica que así lo requiera. |
|  |  |
| **Nombre del servicio:** | Unidad de cuidados intensivos neonatal. |
| **Horario:** | 24 horas. |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | Recién nacido de urgencia con previa valoración y orden médica que así lo requiera. |
|  |  |
| **Nombre del servicio:** | Inyecciones. |
| **Horario:** | 8:00 a.m. a 21:00 horas. |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | Receta, medicamento y ticket de pago. |
|  |  |
| **Nombre del servicio:** | Nebulizaciones. |
| **Horario:** | 8:00 a.m. a 21:00 horas. |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | Receta, medicamento y ticket de pago. |