|  |
| --- |
| **Datos generales** |
| **Nombre de la Unidad:** | CLINICA PERIFERICA “PROFRA. MARIA MORALES CADENA” |
| **Dirección:** | SOCORRO Y JIMENEZ S/N |
| **Teléfono:** | 864-61-6-14-33 |
| **Fax:** |  |
| **Correo electrónico:** | FARMACIA\_MUZQUIZ@HOTMAIL.COM |
| **Horario de atención** |
| **Consulta externa:** | T.M. 08:00 A 12:00 T.V. 15:00 A 20:00 JORNADA ACUMULADA 08:00 A 21:00 |
| **Urgencias:** |  |
| **Farmacia:** |  08:00 A 21:00 |
| **Dental:** | 08:00 A 12:00 |
| **Requisitos para acceder a los servicios** |
| **CREDENCIAL VIGENTE.** |
| **Lista de especialidades con la que cuenta la unidad** |
| MEDICO GENERAL Y CIRUJANO DENTISTA. |
| **Laboratorio** |
| **Horario:** | 08:00 A 13:00 HORAS |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | ORDEN MEDICA, TICKET DE PAGO Y CREDENCIAL DEL SERVICIO MEDICO. SERVICIO SUBROGADO |
| **Servicios que presta el departamento** | ANALISIS CLINICOS. |

|  |
| --- |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | INCAPACIDAD |
| **Horario de atención:** | 08:00 A 12:00 Y 15:00 A 20:00 SABADO Y DOMINGO DE 08:00 A 21:00 |
| **Lugar de atención:** | CONSULTORIO MEDICO. |
| **Requisitos:** | COSULTA MÉDICA. |
| **Tiempo de respuesta:** | INMEDIATA |
| **Quien puede realizar el trámite:** | PACIENTE. |

|  |
| --- |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | CONSTANCIAS |
| **Horario de atención:** | 07:00 A 15:00 HORAS |
| **Lugar de atención:** | OFICINA ADMINISTRATIVA |
| **Requisitos:** | DATOS DEL INTERESADO. |
| **Tiempo de respuesta:** | INMEDIATA |
| **Quien puede realizar el trámite:** | DERECHOHABIENTE |