|  |  |
| --- | --- |
| **Datos generales** | |
| **Nombre de la Unidad:** | CLINICA PERIFERICA “PROFR. ROMULO HERNANDEZ MALTOS” |
| **Dirección:** | ING. ALFONSO DE LA O Y CALZADA DEL MARQUEZ S/N |
| **Teléfono:** | (842) 422 14 02 |
| **Fax:** |  |
| **Correo electrónico:** | admon\_smparras@hotmail.com |
| **Horario de atención** | |
| **Consulta externa:** | **TURNO MATUTINO: LUNES A VIERNES DE 08:30 A 14:30 HRS.**  **TURNO VESPERTINO: LUNES A VIERNES DE 15:00 A 21:00 HRS.**  **SABADOS, DOMINGOS Y FESTIVOS DE 08:00 A 20:00 HRS.** |
| **Urgencias:** | **NO HAY DEPARTAMENTO DE URGENCIAS** |
| **Farmacia:** | **24 HRS.** |
| **Dental:** | **LUNES A VIERNES DE 16:00 A 19:00 HRS.** |
| **Requisitos para acceder a los servicios** | |
| **Para la consulta externa asistir con su credencial de servicio medico, para surtir el medicamento se presenta con receta del médico general o de especialista subrogado, de ser particular hay que pedir consulta para transcripción de la misma y con su credencial del servicio medico.**  **De igual forma para el servicio de Dental hay que asistir a solicitar consulta para su pase a dicha especialidad posteriormente solicitar la consulta. Se le otorga receta y expediente para su valoración.** | |
| **Rayos X** | |
| **Horario:** | **LUNES A DOMINGO 24 hrs. SERVICIO SUBROGADO** |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | **PRESENTARSE A LA CLINICA CON SU CREDENCIAL DEL SERVICIO MEDICO Y SU ORDEN, POSTERIORMENTE SOLICITAR EL TICKET DE PAGO, Y PRESENTAR COPIA DE CREDENCIAL DE SERVICIO MEDICO Y DE ELECTOR PARA ACUDIR A LA TOMA DE LOS RAYOS.** |
| **Servicios que presta el departamento** | **CUALQUIER ESTUDIO DE PLACAS O IMÁGENES DE RAYOS X** |
| **Laboratorio** | |
| **Horario:** | **LUNES A SABADO DE 08:00 A 20:00 HRS Y URGENCIAS SERVICIO SUBROGADO** |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | **PRESENTARSE A LA CLINICA CON SU CREDENCIAL DEL SERVICIO MEDICO Y SU ORDEN DE LABORATORIO, POSTERIORMENTE SOLICITAR EL TICKET DE PAGO, Y PRESENTAR COPIA DE CREDENCIAL DE SERVICIO MEDICO Y DE ELECTOR PARA ACUDIR A LA TOMA DE MUESTRAS.** |
| **Servicios que presta el departamento** | **TOMA DE MUESTRAS PARA ANALISIS CLINICOS.** |
| **Otros servicio con los que cuente la unidad** | |
| **Nombre del servicio:** | **GINECOLOGIA SERVICIO SUBROGADO** |
| **Horario:** | **LUNES A VIERNES DE 16:00 A 18:00 HRS. Y URGENCIAS** |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | **ACUDIR A CONSULTA CON EL MEDICO GENERAL A CONSULTA Y QUE LE OTORGUE SU PASE AL ESPECIALISTA, POSTERIORMENTE SOLICITAR LA CONSULTA A GINECOLOGIA EN EL HORARIO ESTABLECIDO, PRESENTANDO COPIA DE CREDENCIAL DE LA CLINICA, DE ELECTOR Y SU TICKET DE CONSULTA JUNTO CON SU EXPEDIENTE.** |
| **Servicios que presta el departamento** | **EXPLORACION GINECOLOGICA, ULTRASONIDO, PAPANICOLAO, CESAREA E HISTERECTOMIA ENTRE OTROS PROCEDIMIENTOS.** |
|  | |
| **Nombre del servicio:** | **CIRUGIA SERVICIO SUBROGADO** |
| **Horario:** | **LUNES A VIERNES 10:00 A 12:00 HRS. Y URGENCIAS** |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | **ACUDIR A CONSULTA CON EL MEDICO GENERAL A CONSULTA Y QUE LE OTORGUE SU PASE AL ESPECIALISTA, POSTERIORMENTE SOLICITAR LA CONSULTA CON EL MEDICO CIRUJANO EN EL HORARIO ESTABLECIDO, PRESENTANDO COPIA DE CREDENCIAL DE LA CLINICA, DE ELECTOR Y SU TICKET DE CONSULTA JUNTO CON SU EXPEDIENTE.** |
| **Servicios que presta el departamento** | **VALORACION PARA CIRUGIAS MENORES Y MAYORES.** |
|  | |
| **Nombre del servicio:** | **ANESTECIO SERVICIO SUBROGADO** |
| **Horario:** | **LUNES A VIERNES 10:00 A 12:00 HRS. Y URGENCIAS** |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | **ACUDIR A CONSULTA CON EL MEDICO GENERAL A CONSULTA Y QUE LE OTORGUE SU PASE AL ESPECIALISTA, POSTERIORMENTE SOLICITAR LA CONSULTA CON EL MEDICO ANESTECIOLOGO EN EL HORARIO ESTABLECIDO, PRESENTANDO COPIA DE CREDENCIAL DE LA CLINICA, DE ELECTOR Y SU TICKET DE CONSULTA JUNTO CON SU EXPEDIENTE.** |
| **Servicios que presta el departamento** | **VALORACION PRE-QUIRURGICA Y ANECTECIA EN CIRUGIAS** |
|  | |
| **Nombre del servicio:** | **MEDICINA INTERNA** |
| **Horario:** | **LUNES A VIERNES 15:00 A 17:00 HRS. Y URGENCIAS** |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | **ACUDIR A CONSULTA CON EL MEDICO GENERAL A CONSULTA Y QUE LE OTORGUE SU PASE AL ESPECIALISTA, POSTERIORMENTE SOLICITAR LA CONSULTA CON EL MEDICO INTERNISTA EN EL HORARIO ESTABLECIDO, PRESENTANDO COPIA DE CREDENCIAL DE LA CLINICA, DE ELECTOR Y SU TICKET DE CONSULTA JUNTO CON SU EXPEDIENTE.** |
| **Servicios que presta el departamento** | **VALORACION DE CONSULTA EXTERNA PARA CONTROL DE ESTADOS METABOLICOS, INTERCONSULTA HOSPITALARIA Y MONITOREO EN HOSPITAL.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | **INCAPACIDADES MEDICAS** |
| **Horario de atención:** | **LUNES A VIERNES DE 08:00 A 20:00 HRS.** |
| **Lugar de atención:** | **CLINICA PERIFERICA “PROFR. ROMULO HERNANDEZ MALTOS”** |
| **Requisitos:** | **SOLICITAR CONSULTA CON EL MEDICO GENERAL Y SU VALORACION Y SE REQUIERE UNA INCAPACIDAD MAYOR A 3 DIAS SE LE OTORGA EL PASE CON MEDICO ESPECIALISTA PARA NUEVA VALORACION Y SI SE REQUIERE OTORGAR LA INCAPACIDAD CORRESPONDIENTE.** |
| **Tiempo de respuesta:** | **AL OTORGAR LA INCAPACIDAD SE LLEVA AL MEDICO DE LA UMA, TIENES 24 HRS. PARA SU TRAMITE Y ES INMEDIATO.** |
| **Quien puede realizar el trámite:** | **PASIENTE SI ESTA EN CONDICIONES DE MOVIMIENTO DE LO CONTRARIO PUEDE SER UN FAMILIAR DIRECTO, EL SECRETARIO GENERAL O REPRESENTANTE DE CADA CENTRO DE TRABAJO.** |
|  | |
| **Nombre del trámite:** | **CARTAS DE BUENA SALUD, CONSTANCIAS O CERTIFICADO MEDICO** |
| **Horario de atención:** | **LUNES A VIERNES DE 08:00 A 20:00 HRS.** |
| **Lugar de atención:** | **CLINICA PERIFERICA “PROFR. ROMULO HERNANDEZ MALTOS”** |
| **Requisitos:** | **ACUDIR CON SU CREDENCIAL DE SERVICIO MEDICO A SOLICITAR LA CONSULTA POSTERIORMENTE EL MEDICO HACE LA VALORACION Y OTORGA YA SEA CONSTANCIA, CARTA O CERTIFICADO MEDICO SEGÚN SE REQUIERA Y PARA QUE LO NECESITE EL DERECHOHABIENTE.** |
| **Tiempo de respuesta:** | **INMEDIATA** |
| **Quien puede realizar el trámite:** | **MEDICO GENERAL Y/O ESPECIALISTA** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hospital** | |
| **Número de habitaciones:** | **SERVICIO SUBROGADO HOSPITAL GUADALUPANO** |
| **Equipamiento de las habitaciones:** | **SI SE ENCUENTRAN EQUIPADAS SON SALAS DE 3 PACIENTES O HABITACIONES PRIVADAS** |
| **Número de quirófanos:** | **1** |
| **Servicios que presta el hospital:**(ejemplo, sala de labor, terapia intensiva, sala de recuperación, etc.) | **SALA DE RECUPERACION, URGENCIAS, QUIROFANO, SALA EXPULSION, PEDIATRIA, ETC.** |
| **Requisitos para acceder a los servicios que brinda el hospital:** | **CONTAR CON SU CREDENCIAL VIGENTE Y ACUDIR CON CARTA RESPONSIVA AL HOSPITAL.** |