|  |  |
| --- | --- |
| **Datos generales** | |
| **Nombre de la Unidad:** | CLINICA DEL MAGISTERIO PROFR “JOSE LUIS RIVERA HERNANDEZ” UNIDAD MONCLOVA |
| **Dirección:** | HERMOSILLO Y NUEVO LEON # 1115 COL. PALMA |
| **Teléfono:** | (866) 633-84-70 Y (866) 633-60-70 |
| **Fax:** |  |
| **Correo electrónico:** | clinicamva.facturacion@gmail.com |
| **Horario de atención** | |
| **Consulta externa:** | Lunes a Viernes 7:00 a 21:00 hrs (derechohabientes y particulares)  Sábados y domingos 7:00 a 7:00 hrs (derechohabientes y particulares) |
| **Urgencias:** | 24 hrs (derechohabientes y particulares) |
| **Farmacia:** | 24 hrs (derechohabientes y particulares) |
| **Dental:** | 8:00 a 20:00 (derechohabientes y particulares) |
| **Requisitos para acceder a los servicios** | |
| **1.-Presentar la credencial de Servicio Medico si es derechohabiente, si es particular solo mencionar al departamento de archivo con que medico general y/ especialista desea consultar.** | |
| **Lista de especialidades con la que cuenta la unidad** | |
| Cirugía  Pediatría  Nutrición  Neonatología  Ginecología y Obstétrica  Medicina Interna  Cardiología  Gastroenterología  Anestesiología  Traumatismo y ortopedia  Angiología  Medico Radiología y Técnico en Rayos X  Oftalmología  Dermatología  Urología  Reumatología  Otorrinolaringología  Neurocirugía  Epidemiologia  Neurocirugía  Nefrología | |
| **Rayos X** | |
| **Horario:** | 24 hrs (derechohabientes y particulares)  Nota: De momento no contamos con equipo de rayos x, todos los estudios se subrogan a Clínica “Kali” |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | 1.- Orden Medica  2.- Pago del Ticket (que entregara en clínica Kali) |
| **Servicios que presta el departamento** | Todos los estudios simples  Todos los estudios contrastados  Servicio de Quirófano (con equipo portátil)  Servicio de Urgencias (con equipo portátil)  Servicio de Hospital (con equipo portátil) |
| **Laboratorio** | |
| **Horario:** | 24 hrs (derechohabientes y particulares)  Toma de Muestras Lunes a Domingo de 7:00 a 9:00 hrs.  Entrega de resultados Lunes a Domingo de 14:00 a 17:00 hrs |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | 1.- orden Medica  2.-ticket del pago correspondiente |
| **Servicios que presta el departamento** | Todas las muestras en orina  Todas las muestras en eses  Todas las muestras en sangre  Todas las muestras patológicas  Todas las muestras de cultivo  Todas las muestras de enfermedades infecciosas. |
| **Medicina Preventiva** | |
| **Horario:** | Lunes a Viernes 8:00 a 21:00 hrs |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | 1.- Cartilla de vacunación, si se aplicara vacunas (derechohabiente y particular) |
| **Servicios que presta el departamento** | 1.- Aplicación de Vacunas todo el año y en campaña  2.- Entrega de información para prevenir enfermedades  3.- Entrega de preservativos  4.- Platicas para prevenir enfermedades en intramuros y extramuros  5.-Entrega de suero oral  6.- Entrega de acido fólico  7.- Exploración de mama  8.-detecciones oportunas de Diabetes, hipertensión, antígeno prostático etc.)  9.- Registro de somatometría (detección de desnutrición, obesidad, sobrepeso etc.) |
| **Otros servicios con los que cuente la unidad** | |
| **Nombre del servicio:** | **TAC “Tomografía Axial Computarizada” (derechohabientes y particulares)** |
| **Horario:** | 24 hrs Previa Cita |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | 1.-Orden Medica  2.- Ticket del pago correspondiente |
| **Servicios que presta el departamento** | Estudios de todas las regiones simples y contrastados |
|  | |
| **Nombre del servicio:** | **Ultrasonido** |
| **Horario:** | 24 hrs Previa Cita |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | 1.- Orden Medica (derechohabiente o particular)  2.- Ticket del pago correspondiente derechohabiente o particular) |
| **Servicios que presta el departamento** | Ultrasonido de todas las regiones a excepción del vaginal. |
|  | |
| **Nombre del servicio:** | **Urgencias** |
| **Horario:** | 24 hrs. |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | 1.- Presentar indicaciones medica (derechohabiente y particular) |
| **Servicios que presta el departamento** | Colocación de sonda Foley  Curaciones  Toma de destroxtis  Electrocardiograma  Aplicación de Enema  Férulas  Infiltración  Aplicación de inyecciones IV, IM, SUBCUTANEA  Lavado ótico  Nebulizaciones  Toma de presión Arterial, pulso, frecuencia respiratoria, temperatura, frecuencia cardiaca.  Retiro de pen rose  Retiro de puntos  Vendaje  Sutura  Lavado gástrico  Tricotomía  Colocación de catéter Mahurkar  RCP |
|  | |
| **Nombre del servicio:** | **Área de inyecciones y curaciones** |
| **Horario:** | 24 hrs |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | 1.- indicación médica (derechohabientes y particular) |
| **Servicios que presta el departamento** | Colocación de sonda Foley  Curaciones  Toma de destroxtis  Electrocardiograma  Aplicación de Enema  Férulas  Infiltración  Aplicación de inyecciones IV, IM, SUBCUTANEA  Lavado ótico  Nebulizaciones  Toma de presión Arterial, pulso, frecuencia respiratoria, temperatura, frecuencia cardiaca.  Retiro de pen rose  Retiro de puntos  Vendaje  Sutura  Lavado gástrico  Tricotomía  Colocación de catéter Mahurkar  RCP |
| **Nombre del servicio:** | **Modulo de Información** |
| **Horario:** | 8:00 a 16:00 hrs |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | Ninguno (derechohabiente y particular) |
| **Servicios que presta el departamento** | Orientación a usuarios sobre el trámite que necesiten.  Recibe quejas y recomendación en el buzón de sugerencias |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | **Incapacidades** |
| **Horario de atención:** | Lunes a Viernes de 10:30 a 13:30 hrs. La incapacidad ya expedida por su médico tratante. |
| **Lugar de atención:** | En oficina de Dirección Medica |
| **Requisitos:** | 1.- Traer la incapacidad original (solo derechohabientes)  2.- En caso de ser una incapacidad por “cuidados a familiar directo” traer una nota medica del familiar. |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediato |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Solamente la persona a la que le expidieron la incapacidad, en caso de que por su diagnostico, convalecencia, hospitalización, podrá acudir un familiar directo. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del trámite:** | **Carta de buena salud** |
| **Horario de atención:** | 8:00 a 21:00 hrs |
| **Lugar de atención:** | Departamento de Trabajo Social |
| **Requisitos:** | 1.- Ser paciente derechohabiente  2.-Consultar con el médico general  3.-Acudir a trabajo social a solicitarla, para después ser firmada por el médico tratante. |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediato |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Solamente a quien se le extenderá la carta.  Si es menor de edad, deberá acudir con un adulto |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del trámite:** | **Certificado Medico** |
| **Horario de atención:** | 8:00 a 21:00 hrs |
| **Lugar de atención:** | Departamento de Trabajo Social |
| **Requisitos:** | 1.- Ser paciente derechohabiente  2.-Consultar con el médico general  3.-Acudir a trabajo social a solicitarla, para después ser firmada por el médico tratante. |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediato |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Solamente a quien se le extenderá la carta, ya que se la realiza una historia Clínica  Si es menor de edad, deberá acudir con un adulto |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del trámite:** | **Carta para pasaporte** |
| **Horario de atención:** | 8:00 a 21:00 hrs |
| **Lugar de atención:** | Departamento de Trabajo Social |
| **Requisitos:** | 1.- Ser paciente derechohabiente  2.-Consultar con el médico general y/o con pediatra si es menor de edad.  3.-Acudir a trabajo social a solicitarla, para después ser firmada y sellada por el médico tratante.  4.- Una fotografía tamaño pasaporte a color. |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediato |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Solamente a quien se le extenderá la carta, ya que se la realiza una historia Clínica  Si es menor de edad, deberá acudir con un adulto |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del trámite:** | **Constancia de Servicio Medico** |
| **Horario de atención:** | 8:00 a 21:00 hrs |
| **Lugar de atención:** | Departamento de Trabajo Social |
| **Requisitos:** | 1.- Ser paciente derechohabiente  2.-Presentar credencial del Servicio Medico |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediato |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Si es menor de edad, deberá acudir con un adulto |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del trámite:** | **Facturación de Servicios** |
| **Horario de atención:** | 7:00 a 15:00 hrs |
| **Lugar de atención:** | Departamento de Contabilidad |
| **Requisitos:** | 1.- Ticket original del pago a facturar (derechohabiente o particular)  2.-Datos fiscales |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediato |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Cualquier contribuyente |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hospital** | |
| **Número de habitaciones:** | 18 salas |
| **Equipamiento de las habitaciones:** | Cama de hospital eléctrica, equipo de aire tipo minisplit, buro, tripie, toma de oxigeno, mesa puente (para alimentos), closet, baño completo y diván para familiar |
| **Número de quirófanos:** | 2 salas y 1 de TOCO |
| **Servicios que presta el hospital:**(ejemplo, sala de labor, terapia intensiva, sala de recuperación, etc.) | Quirófano Ambulatorio (Solo Cirugías menores)  Sala de recuperación  Sala de Expulsión  Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)  Cuneros  Unidad De Cuidados Intensivos Adultos (UCIA) |
| **Requisitos para acceder a los servicios que brinda el hospital:** | 1.- Orden Medica de Internamiento (derechohabiente y particular)  2.- Acudir con un familiar (derechohabiente y particular)  3.- Pago de depósito en caja (si es particular) |
|  | |
| **Otros servicios que presta el hospital**  (ejemplo: hemodiálisis, quimioterapia, llenar uno por cada servicio) | |
| **Nombre del servicio:** | **Hemodiálisis** |
| **Horario:** | Lunes a Viernes de 7:00 a 15:00 hrs. |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | 1.-Valoración por el Nefrólogo de nuestra Unidad (derechohabiente o particular)  2.- Orden de Indicaciones Medicas (derechohabiente o particular) |
|  |  |
| **Nombre del servicio:** | **Quimioterapia** |
| **Horario:** | Lunes a Viernes de 7:00 a 21:00 hrs. |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | 1.- Orden de Indicaciones Medicas |