|  |
| --- |
| **Datos generales** |
| **Nombre de la Unidad:** | Clínica Hospital del Magisterio “Profr. Eliseo Loera Salazar” Unidad Piedras Negras |
| **Dirección:** | Buena Vista # 203 Col. El Mirador |
| **Teléfono:** | (878) 783 05 88 |
| **Fax:** |  |
| **Correo electrónico:** | Cmagisterio38\_pn@hotmail.com |
| **Horario de atención** |
| **Consulta externa:** | 08:00 a 20:00 hrs  |
| **Urgencias:** | 20:00 a 08:00 hrs |
| **Farmacia:** | 24 Hrs |
| **Dental:** | 08:00 a 20:00 de Lunes a Viernes08:00 a 21:00 Sábado y Domingo |
| **Requisitos para acceder a los servicios** |
| **Acudir a la Unidad para poder brindarle atención a las necesidades de pacientes derechohabientes y particulares . Llevar credencial de asegurado vigente** |
| **Lista de especialidades con la que cuenta la unidad** |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Medicina General
 | * Psicología
 | * Traumatología
 |
| * Dental
 | * Nutriólogo
 | * Rayos X
 |
| * Ginecología y obstetricia
 | * Otorrinolaringología
 |  |
| * Medicina Interna
 | * Pediatría
 |  |
| * Cirugía
 | * Oncología
 |  |
| * Anestesiología
 | * Cardiología
 |  |
| * Gastroenterología
 | * Endodoncista
 |  |

 |
| **Rayos X** |
| **Horario:** | 08:00 a 12:00; 16:00 a 20:00 |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | Acudir a la Unidad para hacer cita , con la orden médica |
| **Servicios que presta el departamento** | Placas, ultrasonido, mamografíasRayos X |
| **Laboratorio** |
| **Horario:** | 07:30 a 20:30 |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | Acudir a la Unidad con la orden médica |
| **Servicios que presta el departamento** | Análisis Clínicos |
| **Medicina Preventiva** |
| **Horario:** | 08:00 a 14:30 de Lunes a viernes |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | Acudir al área de consulta |
| **Servicios que presta el departamento** | Vacunas, conferencias, visitas escolares |
| **Otros servicio con los que cuente la unidad** |
| **Nombre del servicio:** | Mamografía |
| **Horario:** | Jueves y Viernes de 09:00 a 12:00 |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | Acudir al departamento de Rayos X para hacer cita |
| **Servicios que presta el departamento** | Rayos X |

|  |
| --- |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | Incapacidades |
| **Horario de atención:** | 08:00 a 15:00 hrs |
| **Lugar de atención:** | Dirección Médica |
| **Requisitos:** | Acudir a consulta y si el médico expide incapacidad pasar a dejarla con la secretaría de dirección médica para su trámite. |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediata |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Los Trabajadores de la Unidad |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | Constancias de derechohabientes para visa |
| **Horario de atención:** | 08:00 a 15:00 hrs |
| **Lugar de atención:** | Nominas |
| **Requisitos:** | Acudir al departamento de nominas y dejar datos como nombre, dirección, número de expediente. |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediata |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Pacientes derechohabientes |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | Carta de Tramite para tarjeta de Debito  |
| **Horario de atención:** | 08:00 a 15:00 hrs |
| **Lugar de atención:** | Nominas |
| **Requisitos:** | Acudir al departamento de nominas  |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediata |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Personas que ingresan a laborar a la unidad |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | Cartas de buena salud |
| **Horario de atención:** | 08:00 a 15:00 hrs |
| **Lugar de atención:** | Dirección Médica |
| **Requisitos:** | Acudir a consulta con el director médico de la unidad |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediata |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Pacientes derechohabientes |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | Certificados médicos |
| **Horario de atención:** | 08:00 a 15:00 hrs |
| **Lugar de atención:** | Dirección Médica |
| **Requisitos:** | Acudir a consulta con el director médico de la unidad |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediata |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Pacientes derechohabientes y particulares |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | Cartas de Recomendación |
| **Horario de atención:** | 08:00 a 15:00 hrs |
| **Lugar de atención:** | Nominas |
| **Requisitos:** | Acudir al departamento de nóminas y dejar datos como nombre, dirección, número de expediente. |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediata |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Personal de la clínica |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | Cartas de Trabajo |
| **Horario de atención:** | 08:00 a 15:00 hrs |
| **Lugar de atención:** | Nominas |
| **Requisitos:** | Acudir al departamento de nominas y dejar datos como nombre, dirección, número de expediente. |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediata |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Personal de la clínica |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | Cartas para servicio social |
| **Horario de atención:** | 08:00 a 15:00 hrs |
| **Lugar de atención:** | Nominas |
| **Requisitos:** | Acudir al departamento de nominas y dejar datos como nombre, dirección, número de control, carrera, etc. |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediata |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Jóvenes que realizaran su servicio social en la unidad. |
| **Tramites** |
|  |
| **Nombre del trámite:** | Constancia de consulta |
| **Horario de atención:** | 08:00 a 21:30 hrs |
| **Lugar de atención:** | Trabajo social |
| **Requisitos:** | Acudir al departamento de trabajo social para solicitar un comprobante de que el paciente vino a consulta o estudios. |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediata |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Persona que acude a consulta o estudios en la unidad |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | Tramite de vigencia de credencial de asegurados y beneficiarios |
| **Horario de atención:** | 08:00 a 21:30 hrs |
| **Lugar de atención:** | Trabajo social |
| **Requisitos:** | Acudir al departamento de trabajo social con la papelería requerida para poder realizar este trámite, si se hará reposición de credencial deberá pagar el importe en caja |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediata |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Asegurados y beneficiarios |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | Estudios socioeconómicos |
| **Horario de atención:** | 08:00 a 21:30 hrs |
| **Lugar de atención:** | Trabajo social |
| **Requisitos:** | Acudir con la trabajadora social para responder las preguntas del estudio socioeconómico. |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediata |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Asegurados  |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | Plan integral o médico familiar |
| **Horario de atención:** | 08:00 a 21:30 hrs |
| **Lugar de atención:** | Trabajo social |
| **Requisitos:** | Acudir al departamento de trabajo social para verificar el plan que tiene el asegurado y sus beneficiarios , ya sea para dar de alta o baja el plan.  |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediata |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Asegurados  |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | Certificados de nacimiento |
| **Horario de atención:** | 08:00 a 21:30 hrs |
| **Lugar de atención:** | Trabajo social |
| **Requisitos:** | Lo elabora el médico que recibe al recién nacido y el departamento de trabajo social acude a el área de hospital para revisar y guardar el certificado foliado de nacimiento, para entregarlo a familiares del recién nacido cuando egrese. |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediata |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Familiares del recién nacido |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | Certificados de defunción |
| **Horario de atención:** | 08:00 a 21:30 hrs |
| **Lugar de atención:** | Trabajo social |
| **Requisitos:** | Lo elabora el médico que certifica la defunción del paciente y el departamento de trabajo social acude a el área de hospital para revisar y guardar el certificado foliado de defunción, para entregarlo a familiares del paciente cuando egrese. |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediata |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Familiares del paciente hospitalizado |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | Traslado de pacientes |
| **Horario de atención:** | 08:00 a 21:30 hrs |
| **Lugar de atención:** | Trabajo social |
| **Requisitos:** | Avisar a los diferentes departamentos del traslado para preparar la ambulancia ya sea a un traslado local o foráneo. |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediata |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Paciente hospitalizado |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | Cartas responsivas |
| **Horario de atención:** | 08:00 a 21:30 hrs |
| **Lugar de atención:** | Trabajo social |
| **Requisitos:** | Datos del paciente para que trabajo social elabore la carta responsiva adjunto a la nota medica, dictamen medico y especialidad a la que se enviara al paciente. La documentación se escanea y se envía por correo electrónico al departamento de subrogados en la ciudad de saltillo para aceptación |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediata |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Paciente hospitalizado |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | Dictamen médico |
| **Horario de atención:** | 08:00 a 15:00 hrs |
| **Lugar de atención:** | Dirección Médica |
| **Requisitos:** | Datos del paciente que requiere servicio subrogado con alguna especialidad con la que no contamos en la unidad. Este trámite es para pacientes hospitalizados que cuentan con plan integral. |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediata |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Paciente hospitalizado |

|  |
| --- |
| **Hospital** |
| **Número de habitaciones:** | 13 |
| **Equipamiento de las habitaciones:** | 10 |
| **Número de quirófanos:** | 2 |
| **Servicios que presta el hospital:**(ejemplo, sala de labor, terapia intensiva, sala de recuperación, etc.) | Sala de labor, Terapia intermedia, sala de recuperación, con cuarto para cirugía ambulatoria. |
| **Requisitos para acceder a los servicios que brinda el hospital:** | Orden de internamiento por medico certificadoA los servicios básicos como cirugía, ginecología y obstetricia, medicina interna, traumatología y pediatría.Formato de ingreso por parte del departamento de trabajo social |
| **Otros servicios que presta el hospital** (ejemplo: hemodiálisis, quimioterapia, llenar uno por cada servicio) |
| **Nombre del servicio:** | Aplicación de inyecciones |
| **Horario:** | 24 hrs |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | Receta por parte de medico especificando medicamento, modo de aplicación, cantidad, tiempo de tratamiento y  |
| **Otros servicios que presta el hospital** (ejemplo: hemodiálisis, quimioterapia, llenar uno por cada servicio) |
| **Nombre del servicio:** | Nebulizaciones (en el área de urgencias) |
| **Horario:** | 24 hrs |
| **Requisitos para acceder al servicio:** |  Receta por parte de medico especificando medicamento, cantidad, tiempo de duración de la nebulización |
| **Otros servicios que presta el hospital** (ejemplo: hemodiálisis, quimioterapia, llenar uno por cada servicio) |
| **Nombre del servicio:** | Nebulizaciones (en el área de hospital) |
| **Horario:** | 24 hrs |
| **Requisitos para acceder al servicio:** |  Revisar la nota medica para checar medicamento, cantidad, tiempo de duración de la nebulización |