|  |
| --- |
| **Datos generales** |
| **Nombre de la Unidad:** | CLINICA PERIFERICA “PROFR. LUIS ALFONSO LUEVANO HERNANDEZ” |
| **Dirección:** | EMILIO CARRANZA N°. 65 COLONIA COMERCIAL |
| **Teléfono:** | 861-614-4177 |
| **Fax:** | NO |
| **Correo electrónico:** | farmacianvarosita@hotmail.com |
| **Horario de atención** |
| **Consulta externa:** | 8:00 a 20:00 |
| **Urgencias:** | NO APLICA |
| **Farmacia:** | 8:00 a 21:00 |
| **Dental:** | NO APLICA |
| **Requisitos para acceder a los servicios** |
| **Presentar credencial de derechohabiente** |
| **Lista de especialidades con la que cuenta la unidad** |
| Otorrinolaringología, Odontología, Psicología |
| **Medicina Preventiva** |
| **Horario:** | 14:00 A 22:00 DE LUNES A VIERNES |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | **Presentar credencial de derechohabiente** |
| **Servicios que presta el departamento** | PREVENCION DE DIABETES, HIPERTENSION ARTERIAL, OBESIDAD , SOBREPESO Y ENFERMEDAD DE LA PROSTATA |
| **Otros servicios con los que cuente la unidad** |
| **Nombre del servicio:** | ENFERMERIA |
| **Horario:** | 14:00 A 22:00 |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | CREDENCIAL DEL SERVICIO MEDICO |
| **Servicios que presta el departamento** | TOMA DE SIGNOS, SOMATOMETRIA, APLICACIÓN DE INYECCIONES |

|  |
| --- |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | INCAPACIDADES |
| **Horario de atención:** | DE 8:00 A 10:30 Y DE 18:00 A 20:00HS |
| **Lugar de atención:** | CONSULTORIO |
| **Requisitos:** | SER DERECHOHABIENTEACUDIR A CONULTA |
| **Tiempo de respuesta:** | MISMO DIA |
| **Quien puede realizar el trámite:** | INTERESADO |