|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datos generales** | | |
| **Nombre de la Unidad:** | C LINICA HOSPITAL DEL MAGISTERIO “PROFR. RAMON ORTIZ VILLALOBOS” | |
| **Dirección:** | VENUSTIANO CARRANZA SUR # 135, COL. FLORES MAGON | |
| **Teléfono:** | (861) 61 2 33 29 | |
| **Fax:** |  | |
| **Correo electrónico:** | clinicamagisteriosabinas@gmail.com | |
| **Horario de atención** | | |
| **Consulta externa:** | TODOS LOS DIAS DE LUNES A DOMINGO LAS 24 HORAS | |
| **Urgencias:** | TODOS LOS DIAS DE LUNES A DOMINGO LAS 24 HORAS | |
| **Farmacia:** | TODOS LOS DIAS DE LUNES A DOMINGO LAS 24 HORAS | |
| **Dental:** |  | |
| **Requisitos para acceder a los servicios** | | |
| **DERECHOHABIENTES: CREDENCIAL VIGENTE DE AFILIACION AL SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DE LA EDUCACION.**  **PARTICULARES: NO REQUIEREN DOCUMENTACION ESPECIFICA.** | | |
| **Lista de especialidades con la que cuenta la unidad** | | |
| -MEDICINA GENERAL  -DENTAL  -MEDICINA INTERNA  -CARDIOLOGIA  -TRAUMATOLOGIA  -UROLOGIA  -GINECOLOGIA  -CIRUGIA  -OFTALMOLOGIA  -PEDIATRIA | | |
| **Rayos X** | | |
| **Horario:** | DE LUNES A DOMINGO LAS 24 HORAS | |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | PRESENTAR ORDEN MEDICA GENERADA POR EL SISTEMA | |
| **Servicios que presta el departamento** | RADIOGRAFIAS EN GENERAL | |
| **Laboratorio** | | |
| **Horario:** | DE 7:00 AM - 9:00 PM (LUNES A VIERNES) 8:00 AM -9:00 PM (SABADO Y DOM) | |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | ORDEN MEDICA DERECHOHABIENTE O PARTICULAR | |
| **Servicios que presta el departamento** | ANALISIS CLINICOS GENERALES  HEMOTOLOGICIOS, QUIMICA, CLINICA, EGO, SEROLOGICOS E INMUNOLOGICOS  COPROPERASITOSCOPICOS, BACTERIOLOGICOS, PRUEBAS FUNCIONALES. | |
| **Medicina Preventiva** | | |
| **Horario:** | | 7:00 AM - 15:00 HRS. ( LUNES A VIERNES) |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | | CARTILLA DE VACUNACIÓN  NUMERO DE EXPEDIENTE EN CASO DE SER DERECHOHABIENTE  POBLACION ABIERTA NO REQUIERE DOCUMENTACION ESPECIFICA |
| **Servicios que presta el departamento** | | -VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES  -PROMOCION A LA SALUD Y PREVENCION DE ENFERMEDADES  -DETECCION DE ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS  -VACUNACION DE ACUERDIO A LOS GRUPOS DE EDAD  -DETECCION Y CONTROL DE SOBREPESO Y OBESIDAD  -DESPARASITACION INTESTINAL  -PREVENCION DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL  -PROMOCION DE PLANIFIACION FAMILIAR  -SALUD REPRODUCTIVA. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | CERTIFICADO MEDICO |
| **Horario de atención:** | LUNES A DOMINGO DE 7:00 AM A 22 HRAS. |
| **Lugar de atención:** | TRABAJO SOCIAL |
| **Requisitos:** | AUTORIZACION POR MEDICO GENERAL Y DIRECCION NMEDICA Y ESPECIALISTA. |
| **Tiempo de respuesta:** | UN DIA |
| **Quien puede realizar el trámite:** | DERECHOHABIENTES |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | CONSTANCIA |
| **Horario de atención:** | LUNES A DOMINGO DE 7:00 AM A 22 HRAS. |
| **Lugar de atención:** | TRABAJO SOCIAL |
| **Requisitos:** | VALORACION DEL MEDICO A SOLICITAR |
| **Tiempo de respuesta:** | AL MOMENTO DE SOLICITAR. |
| **Quien puede realizar el trámite:** | DERECHOHABIENTES |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | CARTA DE BUENA SALUD |
| **Horario de atención:** | LUNES A DOMINGO DE 7:00 AM A 22 HRAS. |
| **Lugar de atención:** | TRABAJO SOCIAL |
| **Requisitos:** | VALORACION DEL MEDICO O ESPECILISTA TRATANTE |
| **Tiempo de respuesta:** | AL MOMENTO DE SOLICITAR |
| **Quien puede realizar el trámite:** | DERECHOHABIENTES |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | CREDENCIALES Y REFRENDOS |
| **Horario de atención:** | LUNES A DOMINGO DE 7:00 AM A 22 HRAS. |
| **Lugar de atención:** | TRABAJO SOCIAL |
| **Requisitos:** | SER DERECHOHABIENTE DEL SNTE 38  PAPELERIA CORRESPONDIENTE:  ACTA DE NAC. 2 FOTOGRAFIAS T. INFANTIL, CURP, TIPO DE SANGRE, CEDULA DE REGISTRO, TALON DE PAGO  PARA BENEFICIARIOS SI ES NECESARIO:  CARTA DE NO AFILIACION A OTRAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL  ESTUDIOS SOCIOECONOMICOS.  CONSTANCIA DE ESTUDIOS VIGENTE (SI AUN ESTUDIA) |
| **Tiempo de respuesta:** | 10 A 12 DIAS DESPUES DE ENVIARSE DOCUMENTACION |
| **Quien puede realizar el trámite:** | DERECHOHABIENTES |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | CITAS A ESPACIALIDADES SUBROGADAS |
| **Horario de atención:** | LUNES A VIERNES DE 8:00 AM A 20:00 HRAS. |
| **Lugar de atención:** | TRABAJO SOCIAL |
| **Requisitos:** | -PASE DE ENVIO A LA ESPECIALIDAD CORRESPONDIENTE, POR MEDICO GENERAL O MEDICO TRATANTE.  -AUTORIZACION POR DIRECCION MEDICA  -SER DERECHOHABIENTE DE LA INSTITUCION. |
| **Tiempo de respuesta:** | 1 A 3 DIAS |
| **Quien puede realizar el trámite:** | DERECHOHABIENTES |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | INCAPACIDADES |
| **Horario de atención:** | LUNES A SABADOS LAS 24 HORAS |
| **Lugar de atención:** | CONSULTA EXTERNA |
| **Requisitos:** | VALORACION PREVIA DEL MEDICO Y FIRMA OTORGADA POR DIRECCION MEDICA.  . |
| **Tiempo de respuesta:** | AL MOMENTO |
| **Quien puede realizar el trámite:** | DERECHOHABIENTES |