|  |
| --- |
| **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 GENERALESHEMOTOLOGICIOS, QUIMICA, CLINICA, EGO, SEROLOGICOS E INMUNOLOGICOSCOPROPERASITOSCOPICOS, BACTERIOLOGICOS, PRUEBAS FUNCIONALES. |
|  **Medicina Preventiva** |
| **Horario:** | 7:00 AM - 15:00 HRS. ( LUNES A VIERNES) |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | CARTILLA DE VACUNACIÓNNUMERO DE EXPEDIENTE EN CASO DE SER DERECHOHABIENTEPOBLACION 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 38PAPELERIA CORRESPONDIENTE:ACTA DE NAC. 2 FOTOGRAFIAS T. INFANTIL, CURP, TIPO DE SANGRE, CEDULA DE REGISTRO, TALON DE PAGOPARA BENEFICIARIOS SI ES NECESARIO:CARTA DE NO AFILIACION A OTRAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIALESTUDIOS 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 |