|  |  |
| --- | --- |
| **Datos generales** | |
| **Nombre de la Unidad:** | CLNICA Y FARMACIA PERIFERICA PROFRA OBDULIA LIRA VILLAREAL UNIDAD ALLENDE |
| **Dirección:** | JUAREZ 702 SUR |
| **Teléfono:** | 01(862)6211725 |
| **Fax:** | NO APLICA |
| **Correo electrónico:** | Farmaciasnte38@hotmail.com |
| **Horario de atención** | |
| **Consulta externa:** | LUNES A VIERNES |
| **Urgencias:** | NO APLICA |
| **Farmacia:** | LUNES A SABADO 08:00 A 21:00  DOMINGO 24HRS |
| **Dental:** | LUNES A VIERNES 09:00 A 12:00  15:00 A 18:00 |
| **Requisitos para acceder a los servicios** | |
| **DENTAL: PRESENTARSE EN LA UNIDAD MEDICA Y SOLICITAR SU BOLETA**  **FARMCIA: PRESENTAR SU BOLETA MEDICA IMPRESA POR EL SISTEMA** | |
| **Lista de especialidades con la que cuenta la unidad** | |
| GINECOLOGIA, PEDIATRIA Y DENTAL | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | INCAPACIDAD |
| **Horario de atención:** | EN HORARIO DE CONSULTA |
| **Lugar de atención:** | EN LA UNIDAD MEDICA |
| **Requisitos:** | SOLICITA CONSULTA MEDICA  EL MEDICO LA VALORA Y DIAGNOSTICA |
| **Tiempo de respuesta:** | EL MISMO DIA |
| **Quien puede realizar el trámite:** | DERECHOHABIENTES |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | CARTA DE BUENA SALUD |
| **Horario de atención:** | HORARIO DE CONSULTA |
| **Lugar de atención:** | UNIDAD MEDICA |
| **Requisitos:** | CONSULTAR CON EL MEDICO  TOMA DE SIGNOS VITALES  PESO, TALLA Y PRESION ARTERIAL |
| **Tiempo de respuesta:** | EL MISMO DIA |
| **Quien puede realizar el trámite:** | DERECHOHABIENTES Y PARTICULARES |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | CONSTANCIA DE DERECHOHABIENTE |
| **Horario de atención:** | LUNES A VIERNES DE 08:00 A 21:00 HRS |
| **Lugar de atención:** | UNIDAD MEDICA |
| **Requisitos:** | PRESENTAR SU TARJETA DEL SERVICIO MEDICO Y ESTAR VIGENTE EN EL DEPARTAMENTO DE ARCHIVO |
| **Tiempo de respuesta:** | MISMO DIA |
| **Quien puede realizar el trámite:** | DERECHOHABIENTES |