|  |
| --- |
| **Datos generales** |
| **Nombre de la Unidad:** | CLINICA PERIFERICA PROFR. ANIBAL SANCHEZ PEREZ UNIDAD “MATAMOROS” |
| **Dirección:** | AV. HIDALGO # 301 OTE COLONIA CENTRO. MATAMOROS COAHUILA |
| **Teléfono:** | (871) 762-04-05 |
| **Fax:** |  |
| **Correo electrónico:** | Clinicamatamoros17@hotmail.com |
| **Horario de atención** |
| **Consulta externa:** | TURNO MATUTINO: DE 09:00 AM A 15:00 PMTURNO VESPERTINO: DE 15:00 PM A 21:00 PMTURNO DE JORNADA: DE 08:00 AM A 20:00 PM |
| **Urgencias:** | NO HAY EL SERVICIO |
| **Farmacia:** | LUNES A DOMINGO DE 08:00 AM A 20:00 PM |
| **Dental:** | LUNES A VIERNES DE 09:00 AM A 13:00 PM |
| **Requisitos para acceder a los servicios** |
| **SER DERECHOHABIENTE AL SERVICIO MEDICO DE LA SECCION 38****PRESENTAR LA CREDENCIAL DEL SERVICIO MEDICO** |
| **Lista de especialidades con la que cuenta la unidad** |
| **MEDICINA GENERAL****DENTAL GENERAL** |

|  |
| --- |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | CERTIFICADO MEDICO |
| **Horario de atención:** |  DE LUNES A DOMINGO DE 09: 00 AM 21: 00 PM |
| **Lugar de atención:** | CLINICA PERIFERICA PROFR. ANIBAL SANCHEZ PEREZ UNIDAD “MATAMOROS” |
| **Requisitos:** | PRESENTAR ESTUDIOS DE LABORATORIO ACTUALESIDENTIFICACION OFICIAL (INE)CREDENCIAL DEL SERVICIO MEDICO (PARA DATOS GENERALES)RESUMEN MEDICO DEL ESPECIALISTA (CUANDO SE REQIUERA) |
| **Tiempo de respuesta:** | IMEDIATO |
| **Quien puede realizar el trámite:** | DERECHOHABIENTE INTERESADO |