|  |
| --- |
| **Datos generales** |
| **Nombre de la Unidad:** | CLINICA MAGISTERIO “UNIDAD RAMOS ARIZPE” |
| **Dirección:** | CALLE OCAMPO #216 COL. CENTRO |
| **Teléfono:** | (844) 4880989 |
| **Fax:** |  |
| **Correo electrónico:** | sm.ramos@outlook.com |
| **Horario de atención** |
| **Consulta externa:** | 8:00 a 20:30 hrs |
| **Urgencias:** | No tiene |
| **Farmacia:** | 8:00 a 20:30 hrs |
| **Dental:** | 8:00 a 14:00 |
| **Requisitos para acceder a los servicios** |
| **Ser derechohabiente y presentar su credencial vigente, si es particular presentarse** **la persona que requiere la consulta** |
| **Lista de especialidades con la que cuenta la unidad** |
| Medicina InternaPediatría |
| **Otros servicio con los que cuente la unidad** |
| **Nombre del servicio:** | Inyecciones y curaciones |
| **Horario:** | 8:00 a 8:30 hrs |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | Presentar receta médica para aplicación de inyecciones |
| **Servicios que presta el departamento** | Aplicación de inyección IM, IV, subcutánea y curaciones |

|  |
| --- |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | Incapacidad |
| **Horario de atención:** | 8:00 a 20:30 hrs |
| **Lugar de atención:** | Clínica Periférica “Unidad Ramos Arizpe” |
| **Requisitos:** | El paciente será valorado y revisado por el Médico para saber si se requiere o no la incapacidad |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediata |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Médico en turno |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | Carta de buena salud |
| **Horario de atención:** | 8:00 a 20:30 hrs |
| **Lugar de atención:** | Clínica Periférica “Unidad Ramos Arizpe” |
| **Requisitos:** | El paciente será valorado y revisado por el Médico el llenado de la carta |
| **Tiempo de respuesta:** | Inmediata |
| **Quien puede realizar el trámite:** | Médico en turno |