|  |
| --- |
| **Datos generales** |
| **Nombre de la Unidad:** | CLINICA PERIFERICA “PROFR. DIONISIO SANCHEZ VILLASEÑOR” |
| **Dirección:** | CALZADA DE LAS ROSAS # 10, COL. MAGISTERIAL |
| **Teléfono:** | 872 7720-685 |
| **Fax:** | NO APLICA |
| **Correo electrónico:** | Cristi\_1155@hotmail.com |
| **Horario de atención** |
| **Consulta externa:** | LUNES A VIERNES DE 08:00 A 14:00 Y 14:30 A 18:30SABADOS, DOMINGO Y DIAS FESTIVOS DE 8:00 A 21:00 HRS |
| **Urgencias:** | NO APLICA |
| **Farmacia:** | LUNES A VIERNES DE 08:00 A 22:00 HRSSABADOS, DOMINGO SY DIAS FESTIVO DE 08:00 A 21:00 HRS |
| **Dental:** | LUNES A VIERNES DE 10:00 A 12:00 HRS Y 17:00 A 19:00 HRSSABADO DE 08:00 A 14:00 HRS Y 16:00 A 20:00 HRS |
| **Requisitos para acceder a los servicios** |
| **SERVICIO AL DERECHOHABIENTE, PRESENTAR LA CREDENCIAL VIGENTE DEL SERVICIO MÉDICO** |
| **Lista de especialidades con la que cuenta la unidad** |
| * CARDIOLOGIA
* DENTAL
* REHABILITACION FISICA
 |
| **REHABILITACIÓN FÍSICA** |
| **Horario:** | LUNES A VIERNES DE 09:00 A 13:00 HRS Y DE 16:00 A 20: 00 HRS |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | * SER DERECHOHABIENTE
* TENER ENVIO DEL MÉDICO
* PRESENTAR CREDENCIAL DEL SERVICIO MÉDICO
* FIRMAR AL TERMINAR LA SESIÓN
 |
| **Servicios que presta el departamento** | ATENCIÓN A PROBLEMAS MUSCULARES Y/O ARTICULARES |
| **ENFERMERIA** |
| **Horario:** | LUNES A VIERNES DE 08:00 A 22:00 HRSSABADOS, DOMINGO Y FESTIVOS DE 08:00 A 21:00 HRS |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | * SER DERECHOHABIENTE
* PRESENTAR CREDENCIAL DEL SERVICIO MÉDICO
 |
| **Servicios que presta el departamento** | APLICACIÓN DE INYECCIONES, PESAJE, TOMA DE PRESIÓN Y DEXTROXTIS |

|  |
| --- |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | INCAPACIDADES, CARTAS DE BUENA SALUD, CONSTANCIAS MEDICAS, CERTIFICADOS MEDICOS. |
| **Horario de atención:** | DE 08:00 A 16:00 HORAS DE LUNES A VIERNES |
| **Lugar de atención:** | OFICINA ADMINISTRATIVA |
| **Requisitos:** | SER DERECHOHABIENTE |
| **Tiempo de respuesta:** | A MAS TARDAR UN DIA. |
| **Quien puede realizar el trámite:** | INTERESADO O FAMILIAR |