|  |
| --- |
| **Datos generales** |
| **Nombre de la Unidad:** | CLINICA PERIFERICA “PROFR. JUAN MANUEL ARMENDARIZ RANGEL” |
| **Dirección:** | VICTORIA SUR 407 COLONIA CENTROZARAGOZA, COAHUILAC.P.26450 |
| **Teléfono:** | 862 626 0157 |
| **Fax:** | 862 626 0157 |
| **Correo electrónico:** | Farmaciazaragoza38@hotmail.com |
| **Horario de atención** |
| **Consulta externa:** | 8:00-12:00 Y 14:00-18:00 DE LUNES A VIERNES. DERECHOHABIENTES |
| **Urgencias:** | NO SE CUENTA CON SERVICIO DE URGENCIAS |
| **Farmacia:** | 8:00-20:00 DE LUNES A VIERNES. DERECHOHABIENTES Y PARTICULARES8:00-22:00 SABADOS, DOMINGOS Y DIAS FESTIVOS. DERECHOHABIENTES Y PARTICULARES |
| **Dental:** | NO SE CUENTA CON SERVICIO DENTAL |
| **Requisitos para acceder a los servicios** |
| * **DERECHOHABIENTES** QUE ASISTEN A **CONSULTA EXTERNA** DEBERAN PRESENTAR SU CREDENCIAL DEL SERVICIO MEDICO VIGENTE. ASI MISMO PARA EL **SERVICIO DE FARMACIA**.
* **PARTICULARES** QUE ASISTEN A SURTIR ALGUN MEDICAMENTO DEBERAN PRESENTAR SU RECETA ORIGINAL LEGIBLE.
 |
| **Lista de especialidades con la que cuenta la unidad** |
| NO SE CUENTA CON NINGUNA ESPECIALIDAD |

|  |
| --- |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | **INCAPACIDADES.** DERECHOHABIENTES |
| **Horario de atención:** | 8:00-12:00 Y 14:00-18:00 DE LUNES A VIERNES |
| **Lugar de atención:** | CLINICA PERIFERICA “PROFR. JUAN MANUEL ARMENDARIZ RANGEL” |
| **Requisitos:** | PEDIR BOLETA PARA CONSULTA CON SU CREDENCIAL VIGENTE |
| **Tiempo de respuesta:** | INMEDIATA |
| **Quien puede realizar el trámite:** | DERECHOHABIENTES |

|  |
| --- |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | **CARTA DE BUENA SALUD**. DERECHOHABIENTES |
| **Horario de atención:** | 8:00-20:00 DE LUNES A VIERNES |
| **Lugar de atención:** | CLINICA PERIFERICA “PROFR. JUAN MANUEL ARMENDARIZ RANGEL” |
| **Requisitos:** | SOLICITAR EL TRAMITE |
| **Tiempo de respuesta:** | 1 DIA |
| **Quien puede realizar el trámite:** | DERECHOHABIENTES |