|  |  |
| --- | --- |
| **Datos generales** | |
| **Nombre de la Unidad:** | CLINICA PERIFERICA UNIDAD SAN BUENAVENTURA |
| **Dirección:** | CALLE GUERRERO # 163 B |
| **Teléfono:** | (869) 6941788 |
| **Fax:** |  |
| **Correo electrónico:** | farmaciasanbuena@hotmail.com |
| **Horario de atención** | |
| **Consulta externa:** | 8:00 – 14:30 hrs 14:30 – 21:00 hrs. |
| **Urgencias:** | 8:00 – 14:30 hrs 14:30 – 21:00 hrs. |
| **Farmacia:** | 8:00 – 14:30 hrs 14:30 – 21:00 hrs. |
| **Dental:** | 8:00 – 14:30 hrs |
| **Requisitos para acceder a los servicios** | |
| **TENER CREDENCIAL VIGENTE, REGISTRARSE EN ARCHIVO PARA ESPERAR TURNO, CONSULTA CON MEDICOS PARA QUE EXTIENDA RECETA Y PODER SURTIRLA A LOS DERECHOHABIENTES.**  **CONSULTA A LOS PARTICULARES, REGISTRARSE EN ARCHIVO PARA ESPERAR TURNO.** | |
| **Lista de especialidades con la que cuenta la unidad** | |
| PEDIATRIA  DENTALES  NUTRICUÓN  MEDICINA GENERAL | |
| **Otros servicio con los que cuente la unidad** | |
| **Nombre del servicio:** | URGENCIAS |
| **Horario:** | 8:00 – 14:30 hrs 14:30 – 21:00 hrs. |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | TENER CREDENCIAL VIGENTE, PASAR A CONSULTA, SER DERECHOHABIENTE, PRESENTAR RECETA MEDICA.  PARTICULARES IGUAL PRESENTAR RECETA MEDICA. |
| **Servicios que presta el departamento** | INYECCIONES INTRAMUSCULAR, INTRAVENOSA, SUBCUTANEA, NEBULIZACIONES, CURACIONES, VENDAJES, SUTURAS, RETIRO DE PUNTOS, DESTROXYIS, CONTROL PRESIÓN ARTERIAL, CONTROL TERMICO, CONTROL DE PESO, SOMATOMETRIA, FERULAS, LAVADO OTICO, ONICOTOMIAS. |
|  | |
| **Nombre del servicio:** | FARMACIA- ARCHIVO |
| **Horario:** | 8:00 – 14:30 hrs 14:30 – 21:00 hrs. |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | TENER CREDENCIAL VIGENTE, REGISTRARSE ANTES DE PASAR A CONSULTA, ESPERAR TURNO, SER DERECHOHABIENTE; TAMBIEN SE PRESTA SERVICIO PARTICULAR. |
| **Servicios que presta el departamento** | REGISTRO DE PACIENTES, NOMBRAR POR TURNOS AL PACIENTE, SURTIDO DE RECETAS EXPEDIDAS POR EL MEDICO, CONTROL DE EXPEDIENTES, PEDIR MEDICAMENTOS AL AREA CORRESPONDIENTE, PEDIDO DE PROVEEDURIA, CONTROL DE PAPELERIA PARA NOMINA Y RELOJ CHECADOR, INVENTARIO, RECIBIR LLAMADAS, PEDIR CONSULTAS CON MEDICOS ESPECIALISTAS EN OTRA UNIDAD. |
| **Nombre del servicio:** | DENTALES |
| **Horario:** | 8:00 – 14:30 hrs |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | TENER CREDENCIAL VIGENTE, PASAR A CONSULTA, SER DERECHOHABIENTE  PARTICULARES REGISTRARSE EN ARCHIVO ANTES DE ENTRAR A CONSULTA. |
| **Servicios que presta el departamento** | ALVEOLO SECO, AMALGAMA, APLICACIÓN DE FLUOR, CEMENTACION, RESINA, CORONA PORCELANA, CORONA TOTAL METALICA, CURACIONES, CURETAJE DE DIENTE, EXTRACCIONES, PLACA TOTAL SUPERIOR-INFERIOR, PROFILAXIS ( LIMPIEZA), PULPOTOMIA. |
|  | |
| **Nombre del servicio:** | PEDIATRIA |
| **Horario:** | 15:30 – 20:00 HRS |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | TENER CREDENCIAL VIGENTE, PASAR A CONSULTA, SER DERECHOHABIENTE  PARTICULARES REGISTRARSE EN ARCHIVO ANTES DE ENTRAR A CONSULTA. |
| **Servicios que presta el departamento** | CONSULTA A NIÑOS DE DIVERSAS EDADES, CONTROL DE NIÑO SANO. |
|  | |
| **Nombre del servicio:** | MEDICINA GENERAL |
| **Horario:** | 8:00 – 14:30 hrs 14:30 – 21:00 hrs. |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | TENER CREDENCIAL VIGENTE, PASAR A CONSULTA, SER DERECHOHABIENTE  PARTICULARES REGISTRARSE EN ARCHIVO ANTES DE ENTRAR A CONSULTA. |
| **Servicios que presta el departamento** | CONSULTAS PARA DERECHOHABIENTES Y FAMILIAES ADSCRITOS A LA INSTITUCIÓN, EXPEDICIÓN DE RECETAS, INCAPACIDADES MEDICAS, CARTAS DE BUENA SALUD, CURACIONES, CONTROL DE TRATAMIENTOS MENSUALES, EXPEDIR ESTUDIOS DE LABORATORIOS, RADIOGRAFÍAS. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | INCAPACIDADES |
| **Horario de atención:** | 8:00 – 14:30 hrs 14:30 – 21:00 hrs. |
| **Lugar de atención:** | CLINICA PERIFERICA UNIDAD SAN BUENAVENTURA |
| **Requisitos:** | TENER CREDENCIAL VIGENTE, PASAR A CONSULTA, SER DERECHOHABIENTE |
| **Tiempo de respuesta:** | AL MOMENTO DE REALIZAR LA CONSULTA SE EXTIENDE LA INCAPACIDAD EN CASO DE REQUERIRLA. |
| **Quien puede realizar el trámite:** | PARA ADQUIRIR LA INCAPACIDAD EL DERECHOHABIENTE PERSONALMENTE ENTRAR A CONSULTA. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | CARTAS DE BUENA SALUD |
| **Horario de atención:** | 8:00 – 14:30 hrs 14:30 – 21:00 hrs. |
| **Lugar de atención:** | CLINICA PERIFERICA UNIDAD SAN BUENAVENTURA |
| **Requisitos:** | TENER CREDENCIAL VIGENTE, PASAR A CONSULTA, SER DERECHOHABIENTE |
| **Tiempo de respuesta:** | AL MOMENTO DE REALIZAR LA CONSULTA SE EXTIENDE LA CARTA EN CASO DE REQUERIRLA. |
| **Quien puede realizar el trámite:** | PARA ADQUIRIR LA CARTA EL DERECHOHABIENTE ENTRAR A CONSULTA, O SI ES MENOR DE EDAD CON SU FAMILIAR |