|  |
| --- |
| **Datos generales** |
| **Nombre de la Unidad:** | CLINICA PERIFERICA “JOSE LAZARO VAZQUEZ RAMOS” |
| **Dirección:** | CALLE GALEANA #20, COL. MONTEMAYOR. |
| **Teléfono:** | 872 7732591 |
| **Fax:** |  |
| **Correo electrónico:** | unidadmadero08@outlook.com |
| **Horario de atención** |
| **Consulta externa:** | DE 08:00 A 20:30 HORAS |
| **Urgencias:** |  DE 21:00 A 08:00 HORAS |
| **Farmacia:** | LAS 24 HORAS DEL DIA |
| **Dental:** | LUNES, MARTES, MIERCOLES, VIERNES DE 10:00 A 14:00 HORAS |
| **Requisitos para acceder a los servicios** |
| **PRESENTAR CREDENCIAL DE SERVICIO MEDICO, VIGENTE. (DERECHOHABIENTES)****CONSULTAR DISPONIBILIDAD EN TIEMPO DEL MEDICO (PARTICULARES)** |
| **Lista de especialidades con la que cuenta la unidad** |
| MEDICINA GENERALDENTAL |
| **Rayos X** |
| **Horario:** | 10:00 A 13:00 DE LUNES A VIERNES (SUBROGADO) |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | **PRESENTAR CREDENCIAL DE SERVIVIO MEDICO, VIGENTE.** |
| **Servicios que presta el departamento** | RAYOS X  |
| **Laboratorio** |
| **Horario:** | DE 07:00 A 13:00 HORAS (SUBROGADO) |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | **PRESENTAR CREDENCIAL DE SERVIVIO MEDICO, VIGENTE.** |
| **Servicios que presta el departamento** | ESTUDIOS GENERALES |

|  |
| --- |
| **Tramites** |
| **Nombre del trámite:** | INCAPACIDADES, CARTAS DE BUENA SALUD, CONSTANCIAS MÉDICAS, CERTIFICADOS MEDICOS. |
| **Horario de atención:** | DE 08:00 A 16:00 HORAS DE LUNES A VIERNES |
| **Lugar de atención:** | ADMINISTRACION DE LA UNIDAD |
| **Requisitos:** | **PRESENTAR CREDENCIAL DE SERVIVIO MEDICO, VIGENTE.**DATOS GENERALES DE QUIEN SOLICITA. |
| **Tiempo de respuesta:** | A MAS TARDAR UN DIA. |
| **Quien puede realizar el trámite:** | INTERESADO O FAMILIAR |