

GRANJA PSIQUIÁTRICA DE LA CIUDAD DE PARRAS DE LA FUENTE (HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE PARRAS)



Objetivo del Programa

Brindar servicios de salud mental a pacientes con alguna patología psiquiátrica y psicológica aguda o crónica, a través de tratamientos integrales, éticos y evolutivos, dirigidos a la rehabilitación psicosocial del paciente, en corresponsabilidad con la familia y la sociedad. Hospitalización de larga estancia a pacientes con patología psiquiátrica crónica.

GRANJA PSIQUIÁTRICA DE LA CIUDAD DE PARRAS DE LA FUENTE,

(HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE PARRAS)

CARTERA DE SERVICIOS

HOSPITALIZACIÓN

- Hospitalización de larga estancia (mayor a 60 días) para adultos.
- Terapias de rehabilitación para la reinserción social, laboral y familiar.

CONSULTA EXTERNA

- Psiquiatría.
- Psicología.
- Terapia familiar.
- Trabajo Social.

OTROS SERVICIOS

- Apoyo educativo a la comunidad.
- Enseñanza. Campos Clínicos para estudiantes de Psicología y Enfermería y Servicio Social de Enfermería.



GRANJA PSIQUIÁTRICA DE LA CIUDAD DE PARRAS DE LA FUENTE, (HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE PARRAS)

SERVICIOS EN MATERIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Orientación y asesoría para ejercer los derechos de acceso a la información pública y de acceso, rectificación, cancelación, oposición o portabilidad de Datos Personales.

SOLICITUD DE DERECHO DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN, OPOSICIÓN O PORTABILIDAD DE DATOS.

- Fecha de presentación de la solicitud.

- Indicar el derecho que se quiere ejercer.

- Departamento o área a donde se dirige la solicitud.

- Datos del solicitante o representante.

Nombre del Titular:

Domicilio del Titular o cualquier otro medio para notificar:

Nombre del Representante en su caso:

Documentos con el cual acredita personalidad el titular o el representante (adjuntar copia)

- Descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos, salvo que se trate del derecho de acceso y de ser posible, elemento o documento que facilite la localización de los datos personales.

- Descripción del derecho que se pretende ejercer.



GRANJA PSIQUIÁTRICA DE LA CIUDAD DE PARRAS DE LA FUENTE, **(HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE PARRAS)**

REQUISITOS GENERALES

Presentar copia fotostática de:

- CURP del paciente.
- INE del paciente. Si es menor de edad, presentar identificación del padre o tutor.
- Carnet de citas del Hospital Psiquiátrico de Parras.
- Numero de afiliación del IMSS, ISSSTE o cualquier institución de seguridad social.

REQUISITOS DE PACIENTES SUBROGADOS DEL IMSS O DEL ISSSTE

- Hoja de Subrogación original vigente con sello.
- Hoja de Referencia en original, con firmas del Médico tratante y del Director de la Unidad que refiere y sellos correspondientes.
- Hoja de Vigencia de Derechos original con sello.

TRÁMITES DE PACIENTES REFERIDOS DE OTRA UNIDAD MÉDICA

- Acuda a Trabajo Social con la hoja de Referencia de la unidad médica que lo envía, allí le indicarán el proceso a seguir para recibir su atención en este hospital.



GRANJA PSIQUIÁTRICA DE LA CIUDAD DE PARRAS DE LA FUENTE, **(HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE PARRAS)**

USUARIO

Si usted acude a consulta de primera vez:

- Acuda a Recepción y solicite la apertura del Expediente Clínico.
- Pase a Caja y solicite su recibo*.
- Regrese a Recepción con el recibo de caja.
- Espere su turno en la sala de espera.

USUARIO

Si usted acude a consulta subsecuente o con cita:


- Acuda a Caja y solicite su recibo con el número de Expediente Clínico*.
- Pase a Recepción con el recibo de caja y solicite su consulta.
- Espere su turno en la sala de espera.

* Si usted es derechohabiente al IMSS, ISSSTE o cualquier institución de seguridad social, considere que deberá de presentar la Hoja de Subrogación correspondiente.





GRANJA PSIQUIÁTRICA DE LA CIUDAD DE PARRAS DE LA FUENTE, (HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE PARRAS)

CARNET DE CITAS



PREVIA CITA
COMUNICARSE
DEPTO. DE TRABAJO SOCIAL


 Gobierno del Estado
Coahuila
1928


 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE PARRAS
 H.P.P.

INSTITUTO DE
 SERVICIOS DE SALUD
 ESTADAL
 SISTEMA ESTADAL DE
 SALUD

CARNET DE CITAS

PSIQUIATRIA
 PSICOLOGIA
 No. EXP. _____

ESP. _____

ESP. _____

NOMBRE DEL PACIENTE:

DIRECCION:

TARIFA

FECHA	FECHA	FECHA
1er. TARIFA	2da. TARIFA	3er. TARIFA
FECHA	FECHA	FECHA
4ta. TARIFA	5ta. TARIFA	6ta. TARIFA

NOTA:
 1.- ESTE CARNET DEBE SER PRESENTADO EN CADA CONSULTA.

NICOLAS BRAVO No. 1
 TEL. (842) 4-22-23-99

PARRAS DE LA FUENTE, COAHUILA
 E-MAIL: hpparras@hotmail.com

