

 BAJA CALIFORNIA GOBIERNO DEL ESTADO		Unidad de Especialidades Médicas de Baja California		
NOMBRE OFICIAL DEL TRÁMITE O SERVICIO		NOMBRE CIUDADANO DEL TRÁMITE O SERVICIO		
Servicio de Atención Especializada en Analgesia e inhibición del dolor		Bloqueo del nervio ciático		
ORGANISMO		HOMOCLAVE		
Unidad de Especialidades Médicas de Baja California		BC-UNEME-017		
DESCRIPCIÓN		TIPO TYS		
Es un procedimiento en el cual, la o el médico especialista realiza una punción para aplicación de analgésico, mediante la cual bloquea el nervio afectado		Servicio		
		¿CUÁNDO DEBO DE REALIZARLO?		
		Cuando presente dolor crónico o de larga duración.		
¿QUÉ OBTIENE?		¿QUIÉN PUEDE REALIZARLO?		
Atención médica especializada en analgesia.		Interesado		
TIPO COSTO		VIGENCIA		
Sin costo				
COSTO		PLAZOS		
		Tiempo que tiene el organismo para resolver :5 Días Hábiles		
LUGARES DE PAGO				
NINGUNO				
TIENE DOCUMENTOS INFORMATIVOS		CANTIDAD DE DOCUMENTOS INFORMATIVOS		
NO		0		
AFIRMATIVA FICTA		REQUIERE VISITA DE INSPECCIÓN		
NO		NO		
OFICINAS DONDE SE PUEDE REALIZAR				
DIRECCION	TELÉFONOS	RESPONSABLES	DÍA SEMANA	HORARIO
Dirección de Unidad Quirúrgica - Avenida Olimpus, Plutarco Elías Calles, S/N, Mexicali 21376	686 689 0089 EXT 5001		Lunes	07:00 A 19:00
			Martes	07:00 A 19:00
			Miércoles	07:00 A 19:00
			Jueves	07:00 A 19:00
			Viernes	07:00 A 19:00

Dirección de Unidad 646 155 6126
Quirúrgica - EXT 1017
Avenida Gastelum,
Zona Centro, 1340,
Ensenada 22800

Lunes	07:00 A 19:00
Martes	07:00 A 19:00
Miércoles	07:00 A 19:00
Jueves	07:00 A 19:00
Viernes	07:00 A 19:00

FUNDAMENTOS

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, ART.4, Federal
 Ley General de Salud, ART.6, Federal
 Ley de Salud Pública para el Estado de Baja California, ART.7, Estatal

ESCENARIOS

Derechohabientes del IMSS-BIENESTAR

REQUISITOS INTANGIBLES

REQUISITOS TANGIBLES	TIENE FORMATO
----------------------	---------------

Identificación oficial (INE, pasaporte o licencia de manejo).	NO
Carta de consentimiento informado para el procedimiento de bloqueo del dolor. Se firma el día del procedimiento, por el o la paciente o, en dado caso, su familiar responsable.	NO
CURP	NO
Hoja de derivación debidamente requisitada y sellada, proporcionada por el centro de salud y/u Hospital General.	NO
Historia clínica y diagnóstico de dolor crónico expedidos por el centro de salud y/u Hospital General.	NO

PASOS POR MODALIDAD

Derechohabientes IMSS, ISSSTE e ISSSTECALI

REQUISITOS INTANGIBLES

REQUISITOS TANGIBLES	TIENE FORMATO
----------------------	---------------

Historia clínica y diagnóstico de dolor crónico expedidos por IMSS, ISSSTE o ISSSTECALI, en su caso.	NO
Carta de consentimiento informado para el procedimiento de bloqueo del dolor. Se firma el día del procedimiento, por el o la paciente o, en dado caso, su familiar responsable.	NO
Hoja de derivación debidamente llenada y sellada. Se proporciona por el IMSS, ISSSTE o ISSSTECALI en su caso.	NO

PASOS POR MODALIDAD