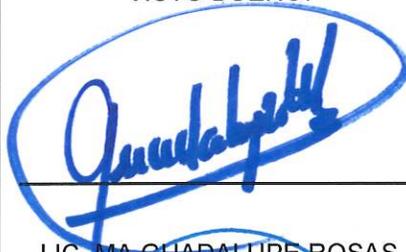


**REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS
CÉDULA DE INFORMACIÓN**

| | | | | | |
|---|---|-----------------------------|--|---------------|----------|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | | SERVICIO: | X |
| CONSULTA DE ESPECIALIDAD DISTINTA A MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN (DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD) | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | CÓDIGO DE LA CÉDULA: | SMDIFH-DAD-01 | |
| DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA CONDICIÓN DE SALUD EN EL ÁMBITO DE COMPETENCIA DEL MÉDICO ESPECIALISTA CONSULTADO, ASÍ COMO ELABORAR UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA PERSONALIZADO AL PACIENTE, EN CASO DE QUE APLIQUE A LA ESPECIALIDAD. PRESCRIBIR LOS SEGUIMIENTOS DE ATENCIÓN INTEGRAL QUE REQUIERA EL CASO, ACORDE A MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | ARTÍCULOS 7 FRACCIÓN V, 10 FRACCIÓN I Y 41 FRACCIÓN I DE LA LEY DE ASISTENCIA SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS ARTÍCULOS 137 FRACCIONES I Y II, 140 FRACCIONES I Y II, 141 FRACCIONES I Y II, Y 142 FRACCIONES I Y II DEL REGLAMENTO ORGÁNICO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN. | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | DOCUMENTO QUE CONTENGA EL DIAGNÓSTICO Y EN SU CASO EL TRATAMIENTO QUE CORRESPONDA. | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | NO APLICA. | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | SI | NO X | DIRECCIÓN WEB | NO APLICA. | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | A SOLICITUD DEL PACIENTE | | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA. | NO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN. | | | | |
| REQUISITOS: | ORIGINAL Anotar SI o NO | COPIAS anotar con número | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO. | | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | | |
| - RESUMEN MÉDICO DE REFERENCIA O CANALIZACIÓN MÉDICA. | NO | 1 | NUMERALES 5.1, 5.2, 5.14 DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. | | |
| - ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE PREVIAMENTE REALIZADOS | SI | 1 | | | |
| PERSONAS JURÍDICO-COLECTIVAS | | | | | |
| NO APLICA | N/A | N/A | NO APLICA. | | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | |
| NO APLICA | N/A | N/A | NO APLICA. | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|----|---|------------------------------------|---|------------------|--------------------------------------|--------|-----------|
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO | | <ol style="list-style-type: none"> LLAMAR Y/O ASISTIR A VENTANILLA PARA AGENDAR CITA DE PRIMERA VEZ. ASISTIR EN LA FECHA Y HORARIO INDICADO CON LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA (PRIMERA VEZ). PERMITIR TOMA DE SIGNOS VITALES. EFFECTUAR PAGO. PROPORCIONAR INFORMACIÓN NECESARIA AL MÉDICO. | | | | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | | 15 DÍAS HÁBILES. | | | | | | | | |
| COSTO: | | \$100.00, CIEN PESOS 00/100 M.N.) | | ARTÍCULO 49 FRACCIÓN XIX DEL REGLAMENTO ORGÁNICO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN. | | | | | | |
| FORMA DE PAGO: | | EFFECTIVO | SI | TARJETA DE CRÉDITO | N/A | TARJETA DE DÉBITO | N/A | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A | |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | | EN LA CAJA DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN. | | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | | CAJA CENTRAL DEL DIF LA MESA Y HOSPITAL SAN PIO. | | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | | RECIBIR LA VALORACION MEDICA. CANALIZACIÓN PARA EL SEGUIMIENTO. | | | | | | | | |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA. | | NO APLICA. | | | | | | | | |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | | |
| DIRECCIÓN GENERAL DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN. | | | | | | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD | | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | LICENCIADA MA GUADALUPE ROSAS HERNÁNDEZ | | | | | | | | |
| DOMICILIO: | | CALLE: | | | CARRETERA HUIXQUILUCAN – SAN RAMÓN | | NO. INT. Y EXT.: | | No. 66 | |
| COLONIA: | | SAN JUAN BAUTISTA | | | MUNICIPIO: | | HUIXQUILUCAN | | | |
| C.P.: | | 52760 | | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | LUNES A JUEVES DE 9 A 17:00 HRS. Y VIERNES: 9:00 A 15:00 HRS. | | | | |
| LADA: | | TELÉFONOS: | | EXTS.: | | FAX: | | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| 55 | | 82842401 | | N/A | | N/A | | paola.salazar@difhuixquilucan.gob.mx | | |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | | | | | | |
| OFICINA: | | NO APLICA | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | | NO APLICA | | | | | | | | |
| DOMICILIO: | | CALLE: | | | NO APLICA | | | NO. INT. Y EXT.: | | NO APLICA |
| COLONIA: | | NO APLICA | | | MUNICIPIO: | | NO APLICA | | | |

| | | | | | |
|---|------------|---|-----------|---|---------------------|
| C.P.: | NO APLICA | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | NO APLICA | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| N/A | NO APLICA | | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | | NO APLICA | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | | ¿ES NECESARIO SACARME RADIOGRAFÍAS ANTES DE LA CONSULTA? | | | |
| RESPUESTA: | | NO ES NECESARIO, A MENOS QUE, AL EXPLORARLO SE CONSIDERE NECESARIO SOLICITAR ESTUDIOS O RADIOGRAFÍAS SEGÚN EL CASO | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | | ¿CON EL MEDICAMENTO SE VA A QUITAR EL DOLOR? | | | |
| RESPUESTA: | | SI SE TOMA EL MEDICAMENTO COMO SE INDICA HAY POSIBILIDAD DE QUE CEDA EL DOLOR | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | | ¿CADA CUÁNTO VENDRÉ A CONSULTA? | | | |
| RESPUESTA: | | DEPENDERÁ DEL DIAGNÓSTICO BASE Y SU EVOLUCIÓN, PUEDE SER MENSUAL, BIMESTRAL, CUATRIMESTRAL O SEMESTRAL | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | |
| NO APLICA | | | | | |
| <p>ELABORÓ:</p>  <p>C.D. PAOLA IVETTE SALAZAR VÁZQUEZ DIRECTORA DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN.</p> | | <p>VISTO BUENO:</p>  <p>LIC. MA GUADALUPE ROSAS HERNÁNDEZ DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN.</p>  | | <p>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</p> <p>31 DE AGOSTO DEL 2023</p> | |