



**REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS
CÉDULA DE INFORMACIÓN
SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA
FAMILIA**

| | | | | | |
|--|---|--|---|--|------------------------------|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | N/A | SERVICIO: | x |
| REHABILITACIÓN FÍSICA | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | Código de la Cédula: | RF/032 | | |
| CONSISTE EN BRINDAR ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA DE REHABILITACIÓN A USUARIOS CON DISCAPACIDAD O PADECIMIENTOS POTENCIALMENTE DISCAPACITANTES | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS D.O.F 05-11 1917 ÚLTIMA REFORMA D.O.F 13-04-2011 LEY GENERAL DE SALUD D.O.F 07-11-1994, ÚLTIMA REFORMA D.O.F, 27-04-2010 LEY DE ASISTENCIA SOCIAL LEY GENERAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTUDIO ORGÁNICO DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | N/A | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A | | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | DIRECCIÓN WEB: | N/A | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | PERSONAS QUE PRESENTAN ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD | | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | N/A | | | | |
| REQUISITOS: | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, | | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | | |
| | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | | | |
| | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | |
| | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | 45 MINUTOS | | | | |
| COSTO: | \$ 105.00 | Fundamento jurídico | ACTA DE JUNTA DE GOBIERNO NO.3 DE FECHA 30 DE JUNIO DE 2022 | | |
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO <input checked="" type="checkbox"/> | TARJETA DE CRÉDITO <input type="checkbox"/> | N/A <input type="checkbox"/> | TARJETA DE DÉBITO <input type="checkbox"/> | N/A <input type="checkbox"/> |
| | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) <input type="checkbox"/> | | | | |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | EN CAJA DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL DE JILOTEPEC | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | N/A | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE | CUANDO SE HAYAN CUMPLIDO LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO Y EL PACIENTE SEA DADO DE ALTA DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN. | | | | |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | LA AFIRMATIVA SE DA CUANDO EL PACIENTE SOLICITA LA FICHA PARA SER ATENDIDO POR EL MÉDICO REHABILITADOR | | | | |



| | | | | | | | |
|--|---|-----------------------------|--|---|---------------------------------------|---------------------|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE JILOTEPEC | | | | UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | | | C. VERÓNICA HERNÁNDEZ TORALES | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | DESV. A XHIXHATA | | | NO INT. Y EXT.: | S/N | |
| COLONIA: | XHIXHATA | | | MUNICIPIO: | JILOTEPEC | | |
| C.P.: | 54256 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | | LUNES A VIERNES DE 8:00 A 16:00 HORAS | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| 761 | 734 40 00 | | | N/A | N/A | uris2224@gmail.com | |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | | | |
| OFICINA: | N/A | | | | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | N/A | | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | N/A | | | NO INT. Y EXT.: | N/A | |
| COLONIA: | N/A | | | MUNICIPIO: | N/A | | |
| C.P.: | N/A | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | | N/A | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| N/A | N/A | | | N/A | N/A | N/A | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | N/A | | | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿SI PERTENEZCO A OTRO MUNICIPIO ME PUEDE DAR TRATAMIENTO EN ESTA UNIDAD? | | | | | | |
| RESPUESTA: | SI | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿DE CUÁNTAS SESIONES CONSTA MI TRATAMIENTO? | | | | | | |
| RESPUESTA: | DEPENDERA DEL AVANCE DEL PACIENTE EN CADA SESIÓN | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | NO PERTENEZCO A ESTE MUNICIPIO Y NECESITO SOLICITAR APOYO PARA LA PRÓTESIS ¿PUEDO HACER EL TRÁMITE EN ESTA UNIDAD? | | | | | | |
| RESPUESTA: | NO, EN ESTA UNIDAD SE LE APOYA CON LA CONSULTA MÉDICA Y LAS TERAPIAS, EL TRÁMITE DE LA PRÓTESIS LO TIENE QUE REALIZAR EN EL MUNICIPIO DONDE RADIQUE | | | | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | | | |
| TERAPIA FÍSICA, TERAPIA OCUPACIONAL Y TERAPIA DE LENGUAJE | | | | | | | |

| | | |
|---|--|---|
| ELABORÓ: ING. MARLEN TORALES COLÍN ENLACE DE MEJORA REGULATORIA DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF | VISTO BUENO: C. VERÓNICA HERNÁNDEZ TORALES DIRECTORA DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: <u>23/03/2023.</u> |
|---|--|---|

