



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

|   |   |   |                                     |           |                   |     |                            |     |
|---|---|---|-------------------------------------|-----------|-------------------|-----|----------------------------|-----|
| NOMBRE:   |   | TRÁMITE:  | N/A                                 | SERVICIO: | X                 |     |                            |     |
| TERAPIA FÍSICA  |   |   |                                     |           |                   |     |                            |     |
| DESCRIPCIÓN:  |   | Código de la Cédula   | TF/030                              |           |                   |     |                            |     |
| ESPECIALIDAD QUE TIENE COMO OBJETIVO RECUPERAR Y MEJORAR LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA DE AQUELLAS PERSONAS QUE SUFREN DE DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD O LESIÓN |   |   |                                     |           |                   |     |                            |     |
| FUNDAMENTO LEGAL:   | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL DE JILOTEPEC ADMINISTRACIÓN 2022-2024    |   |                                     |           |                   |     |                            |     |
| 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:  | CUANDO EL MÉDICO GENERAL DETERMINA QUE EL PACIENTE REQUIERE DE TERAPIA FÍSICA PARA MEJORAR SU SALUD                   |   |                                     |           |                   |     |                            |     |
| 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, |           |                   |     |                            |     |
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>   |   |   |                                     |           |                   |     |                            |     |
| N/A   |   | N/A   | N/A                                 | N/A       |                   |     |                            |     |
| <b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>   |   |   |                                     |           |                   |     |                            |     |
| N/A   |   | N/A   | N/A                                 | N/A       |                   |     |                            |     |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>   |   |   |                                     |           |                   |     |                            |     |
| N/A   |   | N/A   | N/A                                 | N/A       |                   |     |                            |     |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA   | 1 HORA  |   |                                     |           |                   |     |                            |     |
| COSTO:  | \$ 85.00 MÁXIMA<br>\$35.00 MÍNIMA   | Fundamento Jurídico ACTA DE JUNTA DE GOBIERNO NO.3 DE FECHA 30 DE JUNIO DE 2022 |                                     |           |                   |     |                            |     |
| FORMA DE PAGO:  | EFFECTIVO   | N/A   | TARJETA DE CRÉDITO                  | N/A       | TARJETA DE DÉBITO | N/A | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| 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 EL PACIENTE HAYA CULMINADO CON EL NÚMERO DE SESIONES ESTABLECIDAS POR EL MÉDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN |   |                                     |           |                   |     |                            |     |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA   | LA AFIRMATIVA SE DA CUANDO LA PERSONA OBTIENE SU FICHA PARA TOMAR CONSULTA CON EL TERAPISTA                           |   |                                     |           |                   |     |                            |     |



|   |  |                                  |      |   |                  |     |  |
|---|--|----------------------------------|------|---|------------------|-----|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                      |  |                                  |      | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:                      |                  |     |  |
| SISTEMA MUNICIPAL DIF JILOTEPEC               |  |                                  |      | UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACION SOCIAL JILOTEPEC |                  |     |  |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                    |  | C. VERÓNICA HERNÁNDEZ TORALES    |      |   |                  |     |  |
| DOMICILIO:                                    | CALLE:   | CARRETERA JILOTEPEC/XHIXHATA S/N |      |   | NO. INT. Y EXT.: | N/A |  |
| 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                                      |                  |     |  |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b> |  |                                  |      |   |                  |     |  |
| 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  |                                  |      |   |                  |     |  |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>                  |  |                                  |      |   |                  |     |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:                         | <b>¿QUÉ ES UNA DISCAPACIDAD?</b>   |                                  |      |   |                  |     |  |
| RESPUESTA:                                    | ES LA IMPEDICIÓN PARA PODER DESARROLLAR AL 100% UNA ACTIVIDAD                              |                                  |      |   |                  |     |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                         | <b>¿QUÉ ES TERAPIA FÍSICA?</b>   |                                  |      |   |                  |     |  |
| RESPUESTA:                                    | USO DE AGENTES FÍSICOS (CALOR, FRÍO, AGUA, ELECTRICIDAD, EJERCICIO) CON FINES TERAPÉUTICOS |                                  |      |   |                  |     |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:                         | <b>¿CÓMO DEBO VENIR VESTIDO?</b>   |                                  |      |   |                  |     |  |
| RESPUESTA:                                    | DEBE TRAER ROPA COMODA Y LA ZONA A TRATAR TIENE QUE SER FÁCIL DE DESCUBRIR                 |                                  |      |   |                  |     |  |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>      |  |                                  |      |   |                  |     |  |

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

