



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

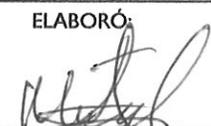
| | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| NOMBRE: | | TRÁMITE | N/A | SERVICIO | X |
| CONSULTA MÉDICA DE REHABILITACIÓN | | | | | |
| 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 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL DE JILOTEPEC | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | | N/A | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA? | | SI | NO | 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 ESTA SUJETO A INSPECCION O VERIFICACION Y OBJETIVO DE LA MISMA | | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD DIF DEL ESTADO DE MÉXICO | | | |
| REQUISITOS | | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURIDICO-ADMINISTRATIVO | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | | |
| I.-HOJA DE REFERENCIA EXPEDIDA POR INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA O PRIVADA | | NO | 1 | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL DE JILOTEPEC | |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | | | |
| N/A | | N/A | N/A | N/A | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | |
| N/A | | N/A | N/A | N/A | |



| | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----|-------------------|-----|----------------------------|-----|--|
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO | <p>PASO 1.-EL PACIENTE SE PRESENTA A LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL CON HOJA DE REFERENCIA EXPEDIDA POR INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA O PRIVADA.</p> <p>PASO 2.- LA RECEPCIONISTA REvisa LOS DOCUMENTOS PRESENTADOS POR EL PACIENTE Y VERIFICA QUE SEA SUJETO DE ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN Y ENVÍA AL PACIENTE CON LA ASISTENTE DEL MÉDICO ESPECIALISTA PARA AGENDAR CITA POR PRIMERA VEZ.</p> <p>PASO 3.EL DÍA DE SU CITA EL PACIENTE DEBERÁ PRESENTARSE 15 MINUTOS ANTES PARA REALIZAR PAGO DE LA CONSULTA.</p> <p>PASO 4.-PRESENTAR EL DÍA DE LA CONSULTA MÉDICA HOJA DE REFERENCIA EXPEDIDA POR INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA O PRIVADA Y ESTUDIOS DE GABINETE CON LOS QUE CUENTE.</p> <p>PASO 5.LOS PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS DEBERAN ACUDIR ACOMPAÑADOS DE SU PADRE O MADRE, NO SE ACEPTAN ABUELOS, TÍOS, PRIMOS Y HERMANOS.</p> <p>PASO 6.-PACIENTE FIRMA HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.</p> | | | | | | | | |
| 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: | EFECTIVO | X | 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 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 SE LE OTORGO LA CITA PARA SER ATENDIDO POR EL MÉDICO REHABILITADOR | | | | | | | | |



| | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------|---------------------|-----|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA | | | | 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 8:30 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 | | | | | | | |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ELABORÓ:</p>  <p>ING. MARLEN TORALES COLÍN ENLACE DE MEJORA REGULATORIA DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF</p> | <p>VISTO BUENO:</p>  <p>C. VERÓNICA HERNÁNDEZ TORALES DIRECTORA DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF</p> | <p>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</p> <p style="text-align: center;">16/ 02/ 2024.</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

