



## 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  |   |  |  |  |   |                                     |                                |
| DESCRIPCIÓN:   |   |  |  | Código de la Cédula                      | CM/004  |                                     |                                |
| CONSULTA PERSONAL DE UN PROFESIONAL MÉDICO TITULADO PARA DIAGNÓSTICO, EXAMEN, TRATAMIENTO, SEGUIMIENTO, CONSEJO O CUALQUIER OTRO TRÁMITE POR ALGÚN PROBLEMA, MOLESTIA O ENFERMEDAD DE LA PERSONA ENTREVISTADA. |   |  |  |  |   |                                     |                                |
| FUNDAMENTO LEGAL:  |   | NORMA OFICIAL MEXICANA 035-SSA3-2012<br>NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA3-2010 |  |  |   |                                     |                                |
| DOCUMENTO A OBTENER:   |   | RECETA MÉDICA  |  |  | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:                       | 3 DIAS                              |                                |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:   |   | SI   | NO   | DIRECCIÓN WEB                            | N/A   |                                     |                                |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:   |   |  | CUANDO EL PACIENTE TIENE LA NECESIDAD DE VISITAR AL MÉDICO       |  |   |                                     |                                |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA  |   |  | N/A  |  |   |                                     |                                |
| REQUISITOS:  |   |  |  | ORIGINAL<br>anotar la palabra<br>SI o NO | COPIAS anotar<br>con número la<br>cantidad de<br>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  | 30 MINUTOS  |  |  |  |   |                                     |                                |
| COSTO:   | \$35.00   |  | Fundamento Jurídico ACTA DE JUNTA DE GOBIERNO DE FECHA 1/01/2022 |  |   |                                     |                                |
| FORMA DE PAGO:   | EFFECTIVO   | X  | TARJETA DE CRÉDITO   | N/A                                      | TARJETA DE DÉBITO                                       | N/A                                 | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:   | TESORERIA DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF DE JILOTEPEC              |  |  |  |   |                                     |                                |
| OTRAS ALTERNATIVAS:  | N/A   |  |  |  |   |                                     |                                |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRÁMITE  | DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO, SE EMITE LA RECETA MÉDICA          |  |  |  |   |                                     |                                |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA  | LA AFIRMATIVA FICTA SE DA CUANDO EL PACIENTE OBTIENE SU FICHA |  |  |  |   |                                     |                                |



|   |            |   |        |                                     |                         |     |  |
|---|------------|---|--------|-------------------------------------|-------------------------|-----|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:                                    |            |   |        | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:  |                         |     |  |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA |            |   |        | UNIDAD DE MEDICINA GENERAL DEL DIF  |                         |     |  |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:                                  |            | C. VERÓNICA HERNÁNDEZ TORALES   |        |                                     |                         |     |  |
| DOMICILIO:  | CALLE:     | LIC. MIGUEL ALÉMAN ESQ. MARIANO ESCOBEDO  |        |                                     | NO. INT. Y EXT.:        | S/N |  |
| COLONIA:  | CENTRO     |   |        | MUNICIPIO:                          | JILOTEPEC               |     |  |
| C.P.:   | 54240      | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:   |        | LUNES A VIERNES DE 9:00 A 15:00 HRS |                         |     |  |
| LADA:   | TELÉFONOS: |   | EXTS.: | FAX:                                | CORREO ELECTRÓNICO:     |     |  |
| 761   | 7340808    |   | N/A    | N/A                                 | dif@jilotepecmex.gob.mx |     |  |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>               |            |   |        |                                     |                         |     |  |
| OFICINA:  |            | UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL DE JILOTEPEC                            |        |                                     |                         |     |  |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:                           |            | C. VERÓNICA HERNÁNDEZ TORALES   |        |                                     |                         |     |  |
| DOMICILIO:  | CALLE:     | DESV. A XHIXHATA  |        |                                     | 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 HRS |                         |     |  |
| LADA:   | TELÉFONOS: |   | EXTS.: | FAX:                                | CORREO ELECTRÓNICO:     |     |  |
| 761   | 7340808    |   | N/A    | N/A                                 | dif@jilotepecmex.gob.mx |     |  |
| 761   | 7344000    |   |        |                                     | uris2224@gmail.com      |     |  |
| FORMATO(S) DESCARGABLES                                     |            | N/A   |        |                                     |                         |     |  |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>                                |            |   |        |                                     |                         |     |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:                                       |            | <b>¿QUÉ DIETA DEBO SEGUIR SI SOY HIPERTENSO?</b>                                      |        |                                     |                         |     |  |
| RESPUESTA:  |            | LA DIETA DEBE SER HIPOSÓDICA, SIN SAL Y SIN PRODUCTOS LÁCTEOS                         |        |                                     |                         |     |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                                       |            | <b>¿EN LA UNIDAD MÉDICA APLICAN ALGÚN TIPO DE VACUNA!</b>                             |        |                                     |                         |     |  |
| RESPUESTA:  |            | NO, PORQUE NO HAY PERMISO POR PARTE COFEPRIS, NO SE CUENTA CON EQUIPO DE RED DE FRÍO. |        |                                     |                         |     |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:                                       |            | <b>¿EN LA UNIDAD MÉDICA ATIENDE URGENCIAS!</b>  |        |                                     |                         |     |  |
| RESPUESTA:  |            | NO, NO SE CUENTA CON EL EQUIPO MÉDICO, NI EL PERSONAL MÉDICO PARA LA ATENCIÓN         |        |                                     |                         |     |  |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>                    |            |   |        |                                     |                         |     |  |
| CERTIFICADO MÉDICO, CONSULTA PSICOLÓGICA Y NUTRICIONAL      |            |   |        |                                     |                         |     |  |

|   |   |                         |
|---|---|-------------------------|
| ELABORÓ:  | VISTO BUENO:  | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
|   |   | 26/09/2023.             |
| ING. MARLEN TORALES<br>ENLACE DE MEJORA REGULADORA DEL SISTEMA MUNICIPAL DE | C. VERÓNICA HERNÁNDEZ TORALES<br>DIRECTORA DEL SISTEMA MUNICIPAL DE |                         |

