

REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | |
|---|--|--|---|-----------|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | SERVICIO: | X |
| Consulta de Valoración Médica | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | Código de la Cédula | IXTA/MR/SMDIF/37/DIS/2024 | |
| <p>Valoración y evaluación del estado físico o psíquico de un paciente, basándose en la información obtenida de la entrevista, del historial médico del paciente y de la anamnesis, de exploraciones físicas, de pruebas de laboratorio y de los resultados de test psicológicos. Tiene como objetivo el realizar un diagnóstico y establecer un tratamiento.</p> | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | <p>LEY GENERAL DE SALUD TITULO SEGUNDO SISTEMA NACIONAL DE SALUD CAPITULO I DISPOSICIONES COMUNES</p> <p>ARTICULO 5.- El sistema nacional de salud está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.</p> | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | Carnet de Terapias | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | No aplica ya que no se emite ningún documento | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | SI N/ A | NO X | DIRECCIÓN WEB | NO APLICA |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | Por indicación del médico especialista. | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | No aplica. | | | |
| REQUISITOS: | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | |
| Ficha de consulta | SI | NO | No aplica. | |
| Pago de consulta | SI | NO | | |
| Pruebas de laboratorio o gabinete | SI | NO | | |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | | |
| No aplica. | No aplica | No aplica. | No aplica. | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | |
| No aplica. | No aplica | No aplica. | No aplica. | |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO | <ol style="list-style-type: none"> 1. Acude paciente previa cita agendada 2. Realiza pago de consulta en área de caja 3. Pasa paciente a toma de signos vitales en área de enfermería | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------|--|---------------------------------------|--|------------------|----------------------------|-----|
| | <ol style="list-style-type: none"> 4. Pasa paciente a consulta medica 5. Se realiza historia clínica de rehabilitación, valoración médica y determinación de manejo,(manejo médico, y/o fisiátrico y/ o referencia) 6. Se envía paciente a trabajo social para elaboración y entrega de carnet 7. Se envía al paciente a áreas (terapia, física, de lenguaje, psicología, terapia ocupacional. 8. Fin. | | | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | De acuerdo a la Agenda del especialista. | | | | | | | |
| COSTO: | s105.00 | | Fundamento Jurídico: Primer Acta de junta del Gobierno del SMDIF Ixtapaluca. | | | | | |
| 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: | En las cajas de URIS Y CRIS del SMDIF Ixtapaluca. | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | No aplica. | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | No aplica. | | | | | | | |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | No aplica. | | | | | | | |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | | |
| Sistema Municipal Para el Desarrollo Integral De La Familia. | | | | Coordinación de Discapacidad. | | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | Lic. Gabriela Huaracha Mendoza. | | | | | | |
| 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: | | | |
| No aplica | No aplica | | No aplica | No aplica | No aplica | | | |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | | | | |
| OFICINA: | Centro De Rehabilitación e Integración Social. | | | | | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | | Andrea Acosta Bárcenas | | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | Avenida Hacienda la Escondida | | | | NO. INT. Y EXT.: | 21 | |
| COLONIA: | Unidad Habitacional Geo Santa Bárbara | | | MUNICIPIO: | Ixtapaluca. | | | |
| C.P.: | 56585 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | De lunes a Viernes de 08:20 a 15:15 h | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | | |
| 55 | 2638 3055 | | No aplica | No aplica | Coordisixt22.24@gmail.com | | | |
| OFICINA: | Centro De Rehabilitación e Integración Social. | | | | | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | | María Dolores Álvarez Rosas | | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | Independencia | | | | NO. INT. Y EXT.: | S/N | |
| COLONIA: | Unidad Habitacional Los Héroes | | | MUNICIPIO: | Ixtapaluca. | | | |

| | | | | | |
|-------|------------|-----------------------------|---------------------------------------|--|--|
| C.P.: | 56585 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | De lunes a Viernes de 08:20 a 15:15 h | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| 55 | 2638 3055 | No aplica | No aplica | Coordisixt22.24@gmail.com | |

| | |
|--|---|
| FORMATO(S) DESCARGABLES | No aplica |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | Que costo tiene? |
| RESPUESTA: | SI, \$105.00 |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | Puedo traer mi valoración? |
| RESPUESTA: | Sí, pero se realizara una valoración con la especialista. |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿Se puede agendar vía internet? |
| RESPUESTA: | No, es de manera presencial |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | |
| | |

| | | |
|---|---|-------------------------|
| ELABORÓ: | VISTO BUENO: | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
|  |  | 01/02/2024 |
| C. Andrea Acosta Barcenas Coordinadora de Discapacidad | Lic. Gabriela Huaracha Mendoza. Directora SMDIF Ixtapaluca. | |

