



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| NOMBRE: | TRÁMITE: | SERVICIO: | X |
|---|---|--|---|
| Realización de prueba de VIH, Sífilis y antígeno prostático | | | |
| DESCRIPCIÓN: | Código de la Cédula | 24652 | |
| <p>Se realiza un cuestionario de detección de riesgo de presentar VIH, Sífilis o cáncer de próstata. En caso de detectar un riesgo alto, se realizará una prueba rápida, que consiste en una pequeña punción en el dedo para extraer una gota de sangre, que se colocará sobre un dispositivo que arrojará un resultado positivo o negativo en 15 minutos.</p> <p>En las pruebas de VIH, en caso de resultar positivas, se realizará una prueba confirmatoria para confirmar o descartar el resultado. En caso de resultar positivo, se derivará al paciente a las instituciones correspondientes para recibir tratamiento.</p> | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | <p>*Artículo 4 Párrafo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.</p> <p>*Título Tercero Bis, Artículo 77 bis 5, inciso B, fracción I, IV, de la Ley General de Salud.</p> <p>*NOM-048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata).</p> <p>*NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.</p> | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | No se emite | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: No tiene vigencia |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA? | SI | NO | DIRECCIÓN WEB: N/A |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | A petición del solicitante, en caso de presentar un riesgo alto en la realización del cuestionario. | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | Sí, todo servicio de salud puede ser verificado por el Consejo de Salubridad General y por el Instituto de Salud del Estado de México | | |
| 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 |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO | <p>El usuario debe asistir directamente a la Dirección de salud a solicitar el servicio. Se le realizara un cuestionario de factores de riesgo, y dependiendo de los resultados que arroje, se le realizara la prueba de detección. La prueba arroja el resultado en 15 minutos. En las pruebas de VIH, en caso</p> | | |



GOBIERNO DEL
ESTADO DE
MÉXICO



ESTADO DE
MÉXICO
El poder de servir

| | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|-----|--------------------|-----|-------------------|-----|----------------------------|-----|
| | de un resultado positivo, se realizara una segunda prueba para confirmar o descartar el resultado. | | | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | 15 minutos | | | | | | | |
| COSTO: | Gratuito | | N/A | | | | | |
| FORMA DE PAGO | EFFECTIVO | N/A | TARJETA DE CRÉDITO | N/A | TARJETA DE DÉBITO | N/A | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| DONDE PODRÁ PAGARSE | N/A | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS | N/A | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE | La prueba rápida no se realizará a personas que tengan un riesgo nulo en el cuestionario. | | | | | | | |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | No se aplica la afirmativa ficta, ya que la aplicación de pruebas de detección es un servicio, no un trámite. | | | | | | | |

| DEPENDENCIA U. ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | |
|---|--|--|--|------------------------------------|------------------------------|-----|--|
| Dirección de Salud | | | | Dirección de Salud | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | Dra. Fanny Fernanda Montoya Gallegos | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | Vigilantes | | | NO. INT. Y EXT.: | S/N | |
| COLONIA: | Centro | | | MUNICIPIO: | Ixtapaluca | | |
| C.P.: | 56530 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | Lunes a viernes, de 9:00 a 14:00 horas, y sábado de 9:00 a 12:00 horas | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS. | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| 55 | 59 72 14 72 | | N/A | N/A | salud@ixtapaluca22-24.com.mx | | |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | | | |
| OFICINA: | | Sistema Municipal Para el Desarrollo Integral de la Familia Ixtapaluca | | | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | | Lcda. Gabriela Huaracha Mendoza | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | Centenario | | | NO. INT. Y EXT.: | 1 | |
| COLONIA: | Centro | | | MUNICIPIO: | Ixtapaluca | | |
| C.P.: | 56530 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | Lunes a viernes, de 09:00 a 17:00 horas | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS. | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| 55 | 59 72 06 47 | | N/A | N/A | N/A | | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | N/A | | | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿En qué casos debo de realizarme una prueba de antígeno prostático? | | | | | | |
| RESPUESTA: | Si eres hombre mayor de 45 años y presentas dificultad y dolor al orinar, flujo de orina débil o interrumpido, dolor persistente en la espalda, caderas y pelvis, sangre en la orina o en el semen y dolor al eyacular | | | | | | |

| | |
|---|---|
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿En qué casos debo realizarme una prueba de VIH o Sifilis? |
| RESPUESTA: | Si has tenido una práctica de riesgo, como sexo oral, vaginal o anal sin usar protección, si alguna de tus parejas sexuales te confirma que dio positivo a VIH, o si has utilizado jeringas usadas. Para que el resultado de una prueba de diagnóstico al VIH sea confiable deben transcurrir tres meses desde la última práctica de riesgo. |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿ Es recomendable hacerme una prueba de VIH si estoy embarazada y tuve una práctica de riesgo? |
| RESPUESTA: | Si, ya que si detectas a tiempo que vives con el VIH, hay tratamientos efectivos para evitar en un alto porcentaje que se transmita al bebé. |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | |
| Consulta médica, consulta odontológica, consulta psicológica, consulta nutricional, Pláticas y talleres de Promoción de la Salud, Jornada médica, certificado médico, solicitud de mastografías, citología vaginal. | |

| | | |
|--|--|--|
| ELABORÓ:  Lic. Zaira Guadalupe Martínez Fortanel Enlace de Mejora Regulatoria | VISTO BUENO:  Lic. Fanny Fernanda Montoya Gallegos Directora de Salud | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 13/02/2024. |
|--|--|--|