



GOBIERNO DEL
ESTADO DE
MÉXICO



ESTADO DE
MÉXICO
El poder de servir

REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|--|-----|-------------------|-----|---------------------|-----|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | | SERVICIO: | | X | | | |
| Certificado Médico | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | Código de la Cédula: | | 28257 | | | | | |
| Se expide un certificado médico a petición del usuario, el cual comprende toma de signos vitales y Somatometría, así mismo se refiere si es apto o no para realizar la actividad por la cual lo está solicitando. | | | | | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | | *Artículo 4 Párrafo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. *Título Tercero Bis, Artículo 77 bis 5, inciso B, fracción I, IV, de la Ley General de Salud. | | | | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | | Certificado médico | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | | 6 meses | | | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | | SI | NO | DIRECCIÓN WEB: | | N/A | | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | | A petición del usuario que lo solicite. En el caso de menores de edad, deberán estar acompañados por un padre, madre o tutor. | | | | | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTA 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 JURIDICO-ADMINISTRATIVO: | | | | | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | | | | | | |
| Identificación oficial | | SI | 0 | *Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. *Artículo 1 y 2 de la Ley General de Salud. *Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. | | | | | |
| CURP del usuario (en caso de menores de edad) | | NO | 1 | | | | | | |
| 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: | | El usuario debe asistir directamente a la Dirección de salud a solicitar el servicio. La atención se dará de forma inmediata. | | | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA: | | Inmediato | | | | | | | |
| COSTO: | | Gratuito | | N/A | | | | | |
| FORMA DE PAGO: | | EFECTIVO | N/A | TARJETA DE CRÉDITO | N/A | TARJETA DE DÉBITO | N/A | EN LÍNEA (PORTAL DE | N/A |



GOBIERNO DEL
ESTADO DE
MÉXICO



ESTADO DE
MÉXICO
el poder de servir

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--------|
| | | | | | | | PAGOS) |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | N/A | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | N/A | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE: | Se brindará el servicio a toda persona que lo solicite, respetando así el derecho a la Salud plasmado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. | | | | | | |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA: | No se aplica la afirmativa ficta, ya que la emisión de certificados 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 | | | | |
| L.A.D.A.: | 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.: | Ual no ap1 | | | |
| COLONIA: | Centro | MUNICIPIO: | Ixtapaluca | | | | |
| C.P.: | 56530 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | Lunes a viernes, de 09:00 a 17:00 horas | | | | |
| L.A.D.A.: | TELÉFONOS: | EXTS: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | | |
| 55 | 59 72 06 47 | N/A | N/A | N/A | | | |
| FORMATOS DESCARGABLES: | | N/A | | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | | ¿En qué días y horarios se realizan los certificados médicos? | | | | | |
| RESPUESTA: | | Los certificados médicos pueden realizarse de lunes a viernes, de 9:00 am a 2:00 pm, y los días sábados, de 9:00 am a 12:00 pm | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | | ¿El certificado es válido para entregarlo en la escuela/trabajo? | | | | | |
| RESPUESTA: | | Si, el certificado médico tiene validez, pues es emitido por la Dirección de Salud de Ixtapaluca, la cual es un organismo público que forma parte del Ayuntamiento de Ixtapaluca. | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | | ¿Se puede realizar para cualquier edad? | | | | | |



GOBIERNO DEL
ESTADO DE
MÉXICO



ESTADO DE
MEXICO
El poder de servir

RESPUESTA:

Si, el certificado se realiza para cualquier persona que lo requiera, niños, jóvenes, adultos y personas de la 3ra edad.

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS

Consulta médica, consulta odontológica, consulta psicológica, consulta nutricional, Pláticas y talleres de Promoción de la Salud, Jornada médica, realización de pruebas, 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.