

## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN COORDINACIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA Y DE DISCAPACIDAD.

|  |  |   |                                |  |  |                                     |  |                   |  |    |                            |  |    |
|--|--|---|--------------------------------|--|--|-------------------------------------|--|-------------------|--|----|----------------------------|--|----|
| NOMBRE:  |  |   |                                | TRÁMITE:   |  | SERVICIO: X                         |  |                   |  |    |                            |  |    |
| Consulta de optometría   |  |   |                                |  |  |                                     |  |                   |  |    |                            |  |    |
| DESCRIPCIÓN:   |  |   |                                |  |  |                                     |  |                   |  |    |                            |  |    |
| El optometrista es un profesional en atención primaria cuya formación le permite realizar exámenes de la función visual, en la consulta se brindan acciones de control y cuidado de la visión como diagnósticos concretos en base a patologías oftálmicas, |  |   |                                |  |  |                                     |  |                   |  |    |                            |  |    |
| FUNDAMENTO LEGAL:  |  | Artículo 1 y 3 de la Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social de carácter municipal, denominados Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia.<br>Reglamento interno del Sistema Municipal para el Desarrollo integral de la familia de Tultitlan, Estado de México.<br>Código Civil Del Estado de México,<br>Ley General de salud.<br>Ley de Salud del Estado de México.<br>Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.<br>Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.<br>Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. |                                |  |  |                                     |  |                   |  |    |                            |  |    |
| DOCUMENTO A OBTENER:   |  | Receta médica y acuse de recibo de pago   |                                |  | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:              |                                     | La señalada en el documento  |                   |  |    |                            |  |    |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?  |  | SI  | NO<br>X                        | DIRECCIÓN WEB  |  | No aplica                           |  |                   |  |    |                            |  |    |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE  |  |   | Cuando se solicita el servicio |  |  |                                     |  |                   |  |    |                            |  |    |
| 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 JURIDICO-ADMINISTRATIVO: |  |                   |  |    |                            |  |    |
| PERSONAS FÍSICAS   |  |   |                                |  |  |                                     |  |                   |  |    |                            |  |    |
| 1. Acuse de recibo   |  |   |                                | Si   | No aplica                                      |                                     | Artículos 49 fracción IV, del Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tultitlán, Estado de México, 41 fracción X de la Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios. |                   |  |    |                            |  |    |
| 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   |  | Solicitud de servicio en caja.<br>Se direcciona a estabilización y entrega su tiket, se realiza la toma de signos vitales.<br>Ingresar con el médico y responde a la entrevista en cuanto a antecedentes de relevancia.<br>Se le explica pasos a seguir   |                                |  |  |                                     |  |                   |  |    |                            |  |    |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA  |  | 15 minutos  |                                |  |  |                                     |  |                   |  |    |                            |  |    |
| COSTO:   |  | S 55.00 dependiendo del horario de atención   |                                | Fundamento Jurídico: Fundamento jurídico: Acta de la décima cuarta sesión Ordinaria del año 2023 de la junta de Gobierno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tultitlán, México, Administración 2022-2024, de fecha dos de Enero del Año dos mil veintitrés. |  |                                     |  |                   |  |    |                            |  |    |
| FORMA DE PAGO:   |  | EFFECTIVO   |                                | Si   | TARJETA DE CRÉDITO                             |                                     | No   | TARJETA DE DÉBITO |  | No | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) |  | No |
| DONDE PODRÁ PAGARSE:   |  | Cajas de las unidades del Sistema Municipal DIF en donde se solicita el servicio  |                                |  |  |                                     |  |                   |  |    |                            |  |    |

|  |                    |   |   |  |  |
|--|--------------------|---|---|--|--|
| OTRAS ALTERNATIVAS:  |                    | No aplica   |   |  |  |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE:                                     |                    | Siempre que se cumplan con los requisitos   |   |  |  |
| APLICACION DE LA AFIRMATIVA FICTA:                                       |                    | No aplica   |   |  |  |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:   |                    | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:  |   |  |  |
| Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tultitlán |                    | Coordinación Médica, Odontológica y de Discapacidad.                                    |   |  |  |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:   |                    | Lic. María del Carmen Urbán Correa  |   |  |  |
| DOMICILIO:   | CALLE:             | Avenida San Antonio   | NO. INT. Y EXT.:                        | 22   |  |
| COLONIA:   | Barrio San Bartolo | MUNICIPIO:  | Tultitlán                               |  |  |
| C.P.:  | 54900              | HORARIO Y DIAS DE ATENCION:   | Lunes a viernes de 09:00 a 18:00 horas. |  |  |
| LADA:  | TELÉFONOS          | EXTS.   | EXTS.                                   | CORREO ELECTRONICO   |  |
| 55   | 5 122 1440         | 5 110   | No aplica                               | <a href="mailto:medicadental.dif@tultitlan.gob.mx">medicadental.dif@tultitlan.gob.mx</a> |  |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>                            |                    |   |   |  |  |
| OFICINA:   |                    | Clínica Cabecera  |   |  |  |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:  |                    | C,D José Oswaldo Cornejo Gallardo   |   |  |  |
| DOMICILIO:   | CALLE:             | Avenida San Antonio.  | NO. INT. Y EXT.:                        | 22   |  |
| COLONIA:   | Barrio San Bartolo | MUNICIPIO:  | Tultitlán                               |  |  |
| C.P.:  | 54900              | HORARIO Y DIAS DE ATENCION:   | De lunes a viernes de 8:00 a 14 horas   |  |  |
| LADA:  | TELÉFONOS          | EXTS.   | FAX:                                    | CORREO ELECTRONICO   |  |
| 55   | 5 122 1440         | 5 110   | No aplica                               | <a href="mailto:medicadental.dif@tultitlan.gob.mx">medicadental.dif@tultitlan.gob.mx</a> |  |
| FORMATO(S) DESCARGABLES  |                    | No aplica   |   |  |  |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>                            |                    |   |   |  |  |
| OFICINA:   |                    | Clínica Tejados   |   |  |  |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:  |                    | C,D José Oswaldo Cornejo Gallardo   |   |  |  |
| DOMICILIO:   | CALLE:             | 3ra Cerrada de Tórtolas   | NO. INT. Y EXT.:                        | Lote 55  |  |
| COLONIA:   | Los tejados        | MUNICIPIO:  | Tultitlán                               |  |  |
| C.P.:  | 54930              | HORARIO Y DIAS DE ATENCION:   | De lunes a jueves de 8:00 a 14 horas    |  |  |
| LADA:  | TELÉFONOS          | EXTS.   | FAX:                                    | CORREO ELECTRONICO   |  |
| 55   | 88685264           | No aplica   | No aplica                               | <a href="mailto:medicadental.dif@tultitlan.gob.mx">medicadental.dif@tultitlan.gob.mx</a> |  |
| FORMATO(S) DESCARGABLES  |                    | No aplica   |   |  |  |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>                            |                    |   |   |  |  |
| OFICINA:   |                    | Módulo Previ-DIF Unidad de Rehabilitación e Integración Social San Pablo de las Salinas |   |  |  |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:  |                    | C. Adriana Trejo Delgadillo   |   |  |  |
| DOMICILIO:   | CALLE:             | Oaxaca  | NO. INT. Y EXT.:                        | Sin numero   |  |

|  |  |                            |                            |  |           |
|--|--|----------------------------|----------------------------|--|-----------|
| COLONIA:                                 | San Pablo de las Salinas   |                            |                            | MUNICIPIO:   | Tultitlán |
| C.P.:                                    | 54930  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN | viernes de 8:00 a 14 horas |  |           |
| LADA:                                    | TELEFONOS:   | EXTS.                      | FAX:                       | CORREO ELECTRÓNICO:  |           |
| 55                                       | 88682656   | No aplica                  | No aplica                  | <a href="mailto:medicadental.dif@tultitlan.gob.mx">medicadental.dif@tultitlan.gob.mx</a> |           |
| FORMATO(S) DESCARGABLES                  | No aplica  |                            |                            |  |           |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>             |  |                            |                            |  |           |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:                    | ¿A parte de la consulta de optometría que otros programas tienen?  |                            |                            |  |           |
| RESPUESTA:                               | Actualmente se está llevando el programa de cataratas por campañas |                            |                            |  |           |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                    | ¿Qué edad se requiere para operar a una persona de cataratas?      |                            |                            |  |           |
| RESPUESTA:                               | No hay edad específica, es cuando el cristalino ya esté opaco      |                            |                            |  |           |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:                    | ¿Qué requisitos necesito?  |                            |                            |  |           |
| RESPUESTA:                               | INE y comprobante de domicilio                                     |                            |                            |  |           |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b> |  |                            |                            |  |           |
| No aplica                                |  |                            |                            |  |           |

|   |  |  |
|---|--|--|
| ELABORÓ:<br><br>Coordinador Médico, Odontológico y de Discapacidad<br>CD. José Oswaldo Cornejo Gallardo | VISTO BUENO:<br><br>Directora General<br>Lic. María del Carmen Urbán Correa | FECHA DE ACTUALIZACIÓN:<br><br>18/febrero/2025 |
|---|--|--|

