

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--------------------------------|---|--|--|--|--|--|-------------------|--|----|--|----------------------------|--|----|--|--|--|
| NOMBRE: | | | | TRÁMITE: | | SERVICIO: | | X | | | | | | | | | | | |
| Consulta de urgencia con Especialista Ginecología Noche | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se realiza una atención inmediata para patologías que ponen en riesgo la vida de la paciente en cualquier proceso del desarrollo. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. Reglamento interno del Sistema Municipal para el Desarrollo integral de la familia de Tultitlan, Estado de México. Código Civil Del Estado de México, Ley General de salud. Ley de Salud del Estado de México. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. 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 | DIRECCIÓN WEB | | No aplica | | | | | | | | | | | | | |
| | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, | | | | | | | | | | | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Comprobante de pago | | | | 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 | | Ingresa la usuaria al área de triage para su valoración por enfermería. Se realiza la presentación del paciente al médico para su valoración inmediata. Se realiza el procedimiento en base a las necesidades específicas del usuario. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | | 15 minutos | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COSTO: | | \$ 220.00 dependiendo del horario de atención | | 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 | | | |
| DÓNDE 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 DÍAS DE ATENCIÓN: | Lunes a viernes de 09:00 a 18:00 horas. | |
| LADA: | TELEFONOS: | EXTS.: | EXTS.: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| 55 | 51221440 | 5110 | No aplica | medicadental.dif@tultitlan.gob.mx |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | |
| 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 DÍAS DE ATENCIÓN: | Lunes, Miércoles y viernes 20:00 a 08:00 horas Martes, jueves y Domingos 20:00 a 08:00 horas | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| 55 | 51221440 | 5110 | No aplica | medicadental.dif@tultitlan.gob.mx |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | No aplica | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿Qué pasa si mi familiar necesita otro nivel de atención? | | | |
| RESPUESTA: | El médico especialista le realizará una hoja de referencia a un hospital con otro nivel de atención | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿Si cuento con seguro popular puedo solicitar el servicio sin pagar? | | | |
| RESPUESTA: | Actualmente no contamos con seguro popular por lo que tendrá que pagar las cuotas establecidas | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿Qué pasa con los estudios de laboratorio que solicita el médico tratante familiar? | | | |
| RESPUESTA: | Los estudios de laboratorio se anexan en el expediente clínico | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | |
| No aplica | | | | |

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

