



**REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS
CÉDULA DE INFORMACIÓN**

NOMBRE:		TRÁMITE: N/A		SERVICIO: X	
TRASLADOS PROGRAMADOS					
DESCRIPCIÓN:					
<p>TRASLADOS PROGRAMADOS DE PACIENTE CRÓNICO QUE NO PUEDEN MOVILIZARSE POR SUS MEDIOS, QUE NO TIENEN SEGURIDAD SOCIAL Y SON DE BAJOS RECURSOS ECONÓMICOS.</p>					
FUNDAMENTO LEGAL:		ART. 20 DEL REGLAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE CHIMALHUACÁN. LOS SERVICIOS QUE COMPRENDAN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS, ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA Y TRASLADOS A INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS SE LLENARAN A CABO DE MANERA GRATUITA.			
DOCUMENTO A OBTENER:		COPIA DE PARTE PREHOSPITALARIA		VIGENCIA: PERMANENTE	
¿SE REALIZA EN LÍNEA?:		SI	NO	DIRECCIÓN WEB	
		X		N/A	
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:		SI EL PACIENTE REQUIERE TRASLADO DE AMBULANCIA A UN HOSPITAL			
REQUISITOS:		ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, UTILIDAD Y DESTINO DEL REQUISITO:	
PERSONAS FÍSICAS					
<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE PETICIÓN RESUMEN CLINICO MÉDICO PARA VALORACIÓN DE LA ENFERMEDAD CARNET DE CITAS CREDENCIAL DE LECTOR ESTUDIO SOCIOECONOMICO A PACIENTES QUE NO CUENTAN CON RECURSOS ECONÓMICOS RECIBO DE PAGO 		N/A	1 DE CADA UNO	ARTICULO 20 DEL REGLAMENTO DE SALUD MUNICIPAL. UTILIDAD: FORMACIÓN DE EXPEDIENTE. DESTINO: COORDINACIÓN DE AMBULANCIAS DE DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL.	
PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS					
N/A		N/A	N/A	N/A	
INSTITUCIONES PÚBLICAS					
N/A		N/A	N/A	N/A	
DURACIÓN DEL TRÁMITE:		10 MINUTOS		TIEMPO DE RESPUESTA: INMEDIATA	
COSTO Y FUNDAMENTO LEGAL		GRATUTO			
FORMA DE PAGO:		EFFECTIVO	N/A	TARJETA DE CRÉDITO	N/A
				TARJETA DE DÉBITO	N/A
				EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)	N/A
DÓNDE PODRÁ PAGARSE:		N/A			
OTRAS ALTERNATIVAS:		N/A			
CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE		FUNDAMENTAR CON RESUMENES CLINICOS LA NECESIDAD DE TRASLADO			



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



EDOMÉX

DECISIONES FIRMES. RESULTADOS FUERTES.

DEPENDENCIA U ORGANISMO:				UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:			
DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL				COORDINACIÓN DE AMBULANCIAS			
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:				DR. JUAN CARLOS SUAREZ NIÑO			
DOMICILIO:	CALLE:	AMAPOLA	NO. INT. Y EXT.:		S/N		
COLONIA:	BO. SAN PEDRO		MUNICIPIO:				
C.P.:	56334	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	24 HORAS DEL DÍA LOS 365 DÍAS DEL AÑO				
LADA:	TELÉFONOS:		EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:		
0155	15516395 Y 50446683		110	N/A	disam_chimalhuacan19_21@hotmail.com		
OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO							
OFICINA:	N/A						
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:	N/A						
DOMICILIO:	CALLE:	N/A		NO. INT. Y EXT.:		N/A	
COLONIA:	N/A		MUNICIPIO:	N/A			
C.P.:	N/A	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	N/A				
LADA:	TELÉFONOS:		EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:		
N/A	N/A		N/A	N/A	N/A		
MUNICIPIOS QUE ATIENDE:	N/A						
INFORMACIÓN ADICIONAL							
PREGUNTA FRECUENTE 1:	¿QUÉ TENGO QUE HACER PARA SOLICITAR UN TRASLADO?						
RESPUESTA:	SOLICITARLO POR ESCRITO Y PRESENTAR CIERTOS REQUISITOS						
PREGUNTA FRECUENTE 2:	¿TIENE ALGUN COSTO?						
RESPUESTA:	NO TIENE COSTO ALGUNO						
PREGUNTA FRECUENTE 3:	¿CON QUE TIEMPO DE ANTICIPACIÓN LO TENGO QUE SOLICITAR?						
RESPUESTA:	DE 3 A 5 DIAS DE ANTICIPACIÓN, SI HAY DISPONIBILIDAD EN EL MOMENTO SE PUEDE REALIZAR EL TRASLADO						
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS							
N/A							

ELABORÓ:		VISTO BUENO:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
DR. JUAN CARLOS SUAREZ NIÑO	Nuevo Chimalhuacán H. Ayuntamiento 2019-2021 ESTADO DE MÉXICO	DR. JUAN CARLOS SUAREZ NIÑO	20 / 06 / 2019
NOMBRE COMPLETO	DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL	NOMBRE COMPLETO	