



## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:		TRÁMITE:		SERVICIO: X	
CONSULTA DENTAL					
DESCRIPCIÓN:					
DETECTAR TEMPRANAMENTE ENFERMEDADES QUE ESTAN AFECTO EL BUEN ESTADO DE LOS DIENTES PARA RECUPERAR LA SALUD BUCAL Y ASI MISMO BRINDAR UN SERVICIO ODONTOLOGICO CON CALIDAD Y EFICACIA.					
FUNDAMENTO LEGAL:		ART.14 FRACCIÓN III DEL REGLAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE CHIMALHUACÁN			
DOCUMENTO A OBTENER:		RECETA MEDICA		VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:	UN MES
¿SE REALIZA EN LÍNEA?:		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	DIRECCIÓN WEB	N/A	
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:		EN CASO DE QUE EL PACIENTE LO REQUIERA.			
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA		N/A			
REQUISITOS:		ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO.	
<b>PERSONAS FÍSICAS</b>					
ORDEN DE PAGO		SI	0	ART. 12 Y 14 FRACCIÓN III DEL REGLAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE CHIMALHUACÁN. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE LA POBLACION VENTANILLA DEL COBRO DE DIRECCION DE SALUD DE LA TESORERIA MUNICIPAL.	
<b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>					
N/A		N/A	N/A	N/A	
<b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>					
N/A		N/A	N/A	N/A	
DURACIÓN DEL TRÁMITE:		15 MINUTOS		TIEMPO DE RESPUESTA: 20 MINUTOS	
COSTO:		\$25.00 (VEINTICINCO PESOS)	Fundamento Jurídico: CON EL FUNDAMENTO EN EL NUMERAL 38 DEL REGLAMENTO ORGANICO DE LA ADMINISTRACION PUBLICA DE CHIMALHUACAN, ESTADO DE MEXICO; 150 DE LA LEY ORGANICA MUNICIPAL DEL ESTADO DE MEXICO Y 53 FRACCION VI.		
FORMA DE PAGO:		EFECTIVO SI <input type="checkbox"/>	TARJETA DE CRÉDITO N/A <input type="checkbox"/>	TARJETA DE DÉBITO N/A <input type="checkbox"/>	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) N/A <input type="checkbox"/>
DÓNDE PODRÁ PAGARSE:		CAJA DE TESORERIA DENTRO DE LA DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL.			
OTRAS ALTERNATIVAS:		N/A			
CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE		1. LOS MOTIVOS PARA NO PASAR A CONSULTA DE DENTAL, ES QUE NO SE ENCUENTRE EL PACIENTE EN SALA DE ESPERA, EN CASO DE QUE NO SE PUEDA REALIZAR ALGUN PROCEDIMIENTO SERA POR QUE EL PACIENTE NO SEA CANDIDATO POR ALGUNAS PATOLOGIAS COMO POR EJEMPL HIPERTENSION ARTERIAL O DIABETES MELLITUS 2 DESCONTROLADAS. O POR NECESITAR TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICO PREVIO A PROCEDIMIENTOS.			
APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA		2. LOS MOTIVOS PARA PASAR A UNA VALORACION DE DENTAL, ES ENCONTRARSE EN SALA DE ESPERA, QUE SE ENCUENTRE CON UNA ENFERMEDAD BUCAL O QUE REQUIERAN ALGUN TRATAMIENTO PREVENTIVO DE CAVIDAD BUCAL.			
		3. SE HARA EL RECONOCIMIENTO DE LA AFIRMATIVA FICTA DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES LEGALES CORRESPONDIENTES.			



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



**EDOMÉX**  
DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES

DEPENDENCIA U ORGANISMO:				UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:			
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL				DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y ATENCION A LA COMUNIDAD			
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:		DR.ROBERTO CARLOS TELLEZ SANDOVAL.					
DOMICILIO:	CALLE:	AMAPOLA			NO. INT. Y EXT.:	S/N	
COLONIA:	SAN PEDRO		MUNICIPIO:	CHIMALHUACAN			
C.P.:	56334	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:		DE LUNES A VIERNES DE 8:00 HRS A 20 HRS, SABADO Y DOMINGO DE 9:00 HRS A 13:00 HRS.			
LADA:	TELÉFONOS:		EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:		
N/A	55 15 51 63 95		102	N/A	direcciondesaludchimalhuacan@outlook.com		
<b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>							
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		
FORMATO(S) DESCARGABLES		N/A					
<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>							
PREGUNTA FRECUENTE 1:	¿ CUAL ES EL HORARIO DE ATENCION ?						
RESPUESTA:	DE LUNES A VIERNES DE 9:00 HRS A 15:00 HRS						
PREGUNTA FRECUENTE 2:	¿ CUAL ES LA MEJOR ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO?						
RESPUESTA:	VARIA DE ACUERDO A SU PRESUPUESTO Y NECESIDAD						
PREGUNTA FRECUENTE 3:	¿ CUAL ES EL COSTO DE LOS TRATAMIENTOS ?						
RESPUESTA:	DEPENDIENDO DEL MATERIAL QUE SE OCUPE Y DE LA GRAVEDAD DE LA INFECCION.						
<b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>							

ELABORÓ:	VISTO BUENO:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
		28 / MAYO / 2020.
NOMBRE COMPLETO C. YANNET LIZET ESCOBEDO FABELA	NOMBRE COMPLETO DRA. ESMERALDA CITLALI MUÑOZ MIRANDA, JEFA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y ATENCION A LA COMUNIDAD	