



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | |
|---|--|---|---|-----|
| NOMBRE: | | TRÁMITE | SERVICIO: | X |
| CONSULTA GENERAL | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | | |
| TOMA DE SIGNOS VITALES (PESO, TALLA, TENSION ARTERIAL, FRECUENCIA CARDIACA, FRECUENCIA RESPIRATORIA, TOMA DE GLUCOSA EN PACIENTES QUE LO REQUIERAN) EXPLORACION FISICA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | ART. 32 Y 33 FRACCIÓN I, II Y III DE LA LEY GENERAL DE SALUD | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | RECETA MEDICA | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | 1 MES | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | SI | NO | 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. | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | |
| ORDEN DE PAGO | SI | 0 | ART. 12 Y 14 FRACCIÓN III DEL REGLAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE CHIMALHUACÁN | |
| 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: | 30 MINUTOS | |
| COSTO: | \$25.00 (VEINTICINCO PESOS) | Fundamento Jurídico: 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 PRIMER PARRAFO | | |
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO | SI | TARJETA DE CRÉDITO | N/A |
| | | | TARJETA DE DÉBITO | N/A |
| | | | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | CAJA DE TESORERIA DENTRO DE LA DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL. | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | N/A | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | <ol style="list-style-type: none"> MOTIVOS POR LOS CUALES NO SE LES PODRA DAR ATENCION AL PACIENTE, NO SE ENCUENTRE EN SALA DE ESPERA, QUE SE ENCUENTRE UN FAMILIAR Y NO EL PACIENTE PARA LA CONSULTA. LOS MOTIVOS POR LOS CUALES SE PUEDE DAR EL SERVICIO SON CUANDO EL PACIENTE LO SOLICITE Y SE ENCUENTRE EN LA SALA DE ESPERA CON PREVIA TOMA DE SIGNOS VITALES. SE HARÁ EL RECONOCIMIENTO DE LA FIRMA ACTIVA FICTA DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES LEGALES CORRESPONDIENTES | | | |



| | | | | | | | |
|---|---|------------------------------------|------------|---|---------------------|-----|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | |
| DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL | | | | DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y DE ATENCION A LA COMUNIDAD | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | DR. ROBERTO CARLOS TÉLLEZ SANDOVAL | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | AMAPOLA | | | NO. INT. Y EXT.: | S/N | |
| COLONIA: | SAN PEDRO | | MUNICIPIO: | CHIMALHUACAN | | | |
| C.P.: | 56334 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | LUNES A VIERNES DE 08:00 A 20:00 HRS, SABADO Y DOMINGO DE 09:00 A 13:00 HRS | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| N/A | 5515516395 | | 102 | N/A | N/A | | |
| 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 ELECTRONICO: | | |
| N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | | N/A | | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿CON QUE SERVICIOS CUENTA? | | | | | | |
| RESPUESTA: | CONSULTA MEDICA, CERTIFICADOS MEDICOS, VACUNAS Y CONSULTA GENERAL | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿CUAL ES EL COSTO? | | | | | | |
| RESPUESTA: | EL COSTO ES DE \$ 25.00 PESOS | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿EN QUE CONSULTORIO ME ATIENDEN? | | | | | | |
| RESPUESTA: | TOME ASIENTO EL DOCTOR LE LLAMA | | | | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | | | |

| | | |
|--|--|-------------------------|
| 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 ATENCIÓN A LA COMUNIDAD | |