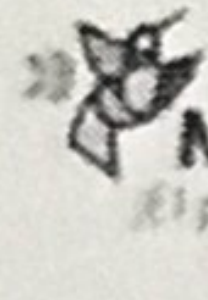




GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

TRÁMITE: ☐ SERVICIO: ☒

NOMBRE:

Consulta Psicológica

DESCRIPCIÓN:

Código de la Cédula

22780

La consulta psicológica tiene como objetivo evaluar y conocer los procesos mentales y de comportamiento en el entorno emocional, social y psicológico de las personas que requieren ayuda. Así como la búsqueda del bienestar mediante técnicas que favorecen los procesos de desarrollo cognoscitivos, emocional y social del ser humano.

FUNDAMENTO LEGAL:

Art. 32 de la Ley General de Salud, se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Art. 33 Actividades de atención médica deben ser atendidas por las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud fracciones I, II Y III de la Ley General de Salud.

Reglamento de Salud del Estado de México

Reglamento de La Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Ley General de Salud, en materia de salud mental y adicciones.

DOCUMENTO A OBTENER:

N/A

VIGENCIA DEL  
DOCUMENTO A  
OBTENER:

N/A

¿SE REALIZA EN LÍNEA?:

SI

NO X

DIRECCIÓN WEB

N/A

CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:

Cuando los pacientes lo solicitan o por medio de una interconsulta médica.

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

No

Art. 12 y 14 Fracción III de reglamento de Salud Municipal de Chimalhuacán, Prevención de enfermedades de la población.

PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS

N/A

N/A

N/A

N/A

INSTITUCIONES PÚBLICAS

N/A

N/A

N/A

N/A

PASOS A SEGUIR QUE DEBE  
DE REALIZAR EL CIUDADANO

Presentarse en la Dirección de Salud, solicitar la atención psicológica y esperar el turno de su ficha o en su caso programar su cita para dicha atención.

PLAZO MÁXIMO DE  
RESPUESTA

20 minutos

COSTO:

\$50.00 pesos

Fundamento Jurídico: Código Financiero del Estado de México y Municipios y demás aplicables al Bando Municipal Vigente.

FORMA DE PAGO:

EFFECTIVO

x

TARJETA DE CRÉDITO

N/A

TARJETA DE DÉBITO

N/A

EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)

N/A

DÓNDE PODRÁ PAGARSE:

En caja de receptoría ubicada En Dirección De Salud

OTRAS ALTERNATIVAS:

N/A

CRITERIOS DE RESOLUCION  
DEL TRAMITE

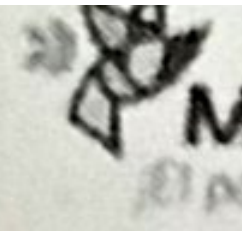
El paciente tendrá que esperar el turno de su ficha para la atención psicológica.

APLICACIÓN DE LA  
AFIRMATIVA FICTA

N/A



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



ESTADO DE  
MÉXICO  
El poder de servir

|                                        |                                                                                                                                |                             |            |                                           |     |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|-------------------------------------------|-----|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:               |                                                                                                                                |                             |            | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:        |     |
| Dirección de Salud de Chimalhuacán     |                                                                                                                                |                             |            | Dirección de Salud de Chimalhuacán        |     |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:             |                                                                                                                                |                             |            | Dr. Hugo Sergio González Rosales          |     |
| DOMICILIO:                             | CALLE:                                                                                                                         | C. Amapola                  |            | NO. INT. Y EXT.:                          | S/N |
| COLONIA:                               | San Pedro                                                                                                                      |                             | MUNICIPIO: | Chimalhuacán                              |     |
| C.P.:                                  | 56334                                                                                                                          | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: |            | Lunes A Viernes De 9:00 A 17:30 Hrs.      |     |
| LADA:                                  | TELEFONOS:                                                                                                                     | EXTS.:                      | FAX:       | CORREO ELECTRÓNICO:                       |     |
| 55                                     | 92967440                                                                                                                       | N/A                         | N/A        | Saludmunicipalchimalhuacan2024@gm,ail.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:                                  | TELEFONOS:                                                                                                                     | EXTS.:                      | FAX:       | CORREO ELECTRÓNICO:                       |     |
| N/A                                    | N/A                                                                                                                            | N/A                         | N/A        | N/A                                       |     |
| FORMATO(S) DESCARGABLES                |                                                                                                                                |                             |            |                                           |     |
| N/A                                    |                                                                                                                                |                             |            |                                           |     |
| INFORMACIÓN ADICIONAL                  |                                                                                                                                |                             |            |                                           |     |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:                  | ¿Es necesario asistir con una hoja de referencia?                                                                              |                             |            |                                           |     |
| RESPUESTA:                             | No precisamente, si el paciente asiste por decisión propia o por interconsulta médica, la atención se brindará en ambos casos. |                             |            |                                           |     |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                  | ¿Puedo agendar una cita con anticipación?                                                                                      |                             |            |                                           |     |
| RESPUESTA:                             | Sí, al acudir a la Dirección de Salud, puedes agendar una cita con horario y fechas específicas.                               |                             |            |                                           |     |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:                  | ¿A cuántas sesiones tendría que asistir?                                                                                       |                             |            |                                           |     |
| RESPUESTA:                             | El número de sesiones dependerá de acuerdo a las necesidades de cada paciente y del diagnóstico de manera individual.          |                             |            |                                           |     |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS      |                                                                                                                                |                             |            |                                           |     |

|                                   |                                  |                         |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| ELABORÓ:                          | VISTO BUENO:                     | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
|                                   |                                  | 10 / febrero / 2025     |
| Lic. Amira Zuleima Arumir Arrieta | Dr. Hugo Sergio González Rosales |                         |

DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL