

## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:		TRÁMITE:	SERVICIO:	X				
<b>ESTUDIO SOCIAL PARA GENERACION DE EXPEDIENTE CLINICO</b>								
DESCRIPCIÓN:	Código de la Cédula	<b>SMDIFMRSALI14</b>						
<b>REALIZAR LA ENTREVISTA CON EL PACIENTE PARA GENERAR EL EXPEDIENTE CLINICO Y CARNET MÉDICO</b>								
FUNDAMENTO LEGAL:	REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA "ATENCIÓN PARA EL BIENESTAR DE GRUPOS PRIORITARIOS" REGLAS DE OPERACION DEL PROGRAMA DE ATENCION A PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO FISCAL 2024							
DOCUMENTO A OBTENER:	EXPEDIENTE CLÍNICO PARA USO INTERNO Y CARNET DE CITAS		VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:	ALTA MÉDICA				
¿SE REALIZA EN LÍNEA?:	SI	NO X	DIRECCIÓN WEB	N/A				
CASOS EN LOS QUE EL SERVICIO DEBE REALIZARSE:	USUARIOS QUE ACUDEN A CITA CON LA MÉDICO REHABILITADOR POR PRESENTAR ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD TEMPORAL O PERMANENTE Y SON APTOS PARA RECIBIR TRATAMIENTO REHABILITATORIO.							
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA	SI, ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN POR PARTE DE LA CONTRALORÍA INTERNA DEL SMDIF							
REQUISITOS:	ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO:					
<b>PERSONAS FÍSICAS</b>								
-ACTA DE NACIMIENTO	NO	1	-NOM.004.SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO -PUNTO 6.4 DE LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA "ATENCIÓN PARA EL BIENESTAR DE GRUPOS PRIORITARIOS" -PUNTO 6.4 DE LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA "ATENCIÓN PARA EL BIENESTAR DE GRUPOS PRIORITARIOS" -PUNTO 6.4 DE LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA "ATENCIÓN PARA EL BIENESTAR DE GRUPOS PRIORITARIOS" -PUNTO 6.4 DE LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA "ATENCIÓN PARA EL BIENESTAR DE GRUPOS PRIORITARIOS" -PUNTO 6.4.1.1 INCISO C), APARTADO 2 DE LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA "ATENCIÓN PARA EL BIENESTAR DE GRUPOS PRIORITARIOS" - PUNTO 6.4.1.1 INCISO B), APARTADO 2 DE LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA "ATENCIÓN PARA EL BIENESTAR DE GRUPOS PRIORITARIOS"					
-IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE	NO	1						
-COMPROBANTE DE DOMICILIO	NO	1						
-CURP	NO	1						
-HISTORIAL CLINICO DE LA MÉDICO	NO	N/A						
-DOCUMENTACIÓN DE PAPÁ, MAMÁ O TUTOR, SI ES MENOR DE EDAD	NO	1						
<b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>								
N/A	N/A	N/A	N/A					
<b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>								
SOLICITAR EL APOYO A TRAVÉS DE OFICIO GIRADO POR LA DEPENDENCIA DE INTERÉS	N/A	N/A	PUNTO 11.3 DE LAS REGLAS DE OPERACION DEL PROGRAMA DE ATENCION A PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO FISCAL 2024					
PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO	1. DIRIGIRSE CON LA RECEPCIONISTA DE LA URIS CON SU CITA PREVIA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA 2. CONTAR CON LA CANALIZACIÓN POR PARTE DEL MÉDICO REHABILITADOR 3. PASAR AL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL, DESPUÉS DE SU CONSULTA MÉDICA PARA ABRIR SU EXPEDIENTE 4. PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA 5. PROPORCIONAR EL CARNET PARA SUS CITAS CORRESPONDIENTES.							
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA								
COSTO:	<b>GRATUITO</b>							
FORMA DE PAGO:	Fundamento Jurídico Acuerdo No. SMDIFALI/012/002/2023 de la 12a. Junta de Gobierno.							
FORMA DE PAGO:	EFECTIVO	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 SERVICIO:	<b>EXPEDICIÓN DEL ESTUDIO SOCIAL</b>							
APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA:	<b>CANALIZACIÓN DE LA MÉDICO REHABILITADOR Y QUE EL PACIENTE ENTREGUE LA DOCUMENTACION COMPLETA</b>							



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS  
CÉDULA DE INFORMACIÓN

DEPENDENCIA U ORGANISMO:				UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:			
DIF MUNICIPAL DE SAN ANTONIO LA ISLA				UNIDAD DE REHABILITACION E INTEGRACIÓN SOCIAL DEL SMDIF SAN ANTONIO LA ISLA			
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:		SAMUEL CAMPOS ESCALONA					
DOMICILIO:	CALLE:	VICENTE VILLADA			NO. INT. Y EXT.:	S/N	
COLONIA:	CENTRO			MUNICIPIO:	SAN ANTONIO LA ISLA		
C.P.:	52280	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:		LUNES A VIERNES DE 9:00 A 18:00 HRS.			
LADA:	TELÉFONOS:		EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:		
717	104 18 96		N/A	N/A	difsali2224@gmail.com		
<b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>							
OFICINA:		UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL					
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:		LUIS FERNANDO ZAMORA CONTRERAS					
DOMICILIO:	CALLE:	ALVARO OBREGON			NO. INT. Y EXT.:	S/N	
COLONIA:	SAN LUCAS TEPEMAJALCO			MUNICIPIO:	SAN ANTONIO LA ISLA		
C.P.:	52280	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:		MARTES Y JUEVES DE 8:00 A 17:00 HRS.			
LADA:	TELÉFONOS:		EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:		
712	386 0227		N/A	N/A	difsali2224@gmail.com		
FORMATO(S) DESCARGABLES		N/A					
<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>							
PREGUNTA FRECUENTE 1:		¿AQUÍ ME PUEDEN AYUDAR A OBTENER UN BASTON, ANDADERA O SILLA DE RUEDAS?					
RESPUESTA:		DEPENDE DEL TIPO DE LESION Y EVOLUCION DE LA TERAPIA.SI, CUMPLIENDO CON LOS CRITERIOS PREESCRITOS POR EL MEDICO REHABILITADOR.					
PREGUNTA FRECUENTE 2:		¿A DONDE TENGO QUE PASAR PARA SOLICITAR MI CITA?					
RESPUESTA:		EN EL AREA DE RECEPCION DE LA URIS					
PREGUNTA FRECUENTE 3:		¿LOS APARATOSQUE UTILIZAN PARA QUE SIRVEN? ¿CUÁNTO TIEMPO DURARA MI TRATAMIENTO?					
RESPUESTA:		DEPENDIENDO DEL TX REHABILITATORIO QUE REQUIERA, TOMANDO EN CONSIDERACION LAS INDICACIONES DEL MEDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACION.					
<b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>							
N/A							

 <b>ELABORÓ:</b> <hr/> <b>ITZEL MARYÚ PALACIOS ESTÉVEZ</b> <hr/> <b>NOMBRE COMPLETO</b>	 <b>VISTO BUENO:</b> <hr/> <b>SAMUEL CAMPOS ESCALONA</b> <hr/> <b>NOMBRE COMPLETO</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>  <u>  OCTUBRE  / 2024</u>
--	--	--

General