GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO | MEXICO

# REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS
## CÉDULA DE INFORMACIÖN

| NOMBRE: | | | TRAMITE: | | SERVICIO: | X |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MEDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACION | | | | | | |
| DESCRIPCION: | | Código de la Cédula | | | | |
| VALORA Y DETERMINA EL TIPO DE TRATAMIENTO A SEGUIR REFIRIENDO AL AREA CORRESPONDIENTE A SUS NECESIDADES, ASI MISMO APERTURA EXPEDIENTE CLÍNICO DE TODO PACIENTE QUE INGRESA A LA UNIDAD.<br>REALIZA CERTIFICADOS MEDICOS QUE ACREDITEN LA DISCPACIDAD PERMANENTE. | | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | LEY DE SALUD GENERAL DEL ESTADO DE MÉXICO; LEY QUE CREA LOS ORGANISMOS PÚBLICOS DESCENTRALIZADOS DE ASISTENCIA SOCIAL, DE CARÁCTER MUNICIPAL, DENOMINADOS SISTEMAS MUNICIPALES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA. ARTICULO 103 DEL REGLAMENTO INTERNO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE COACALCO DE BERRIOZÁBAL, MÉXICO. | | | | | |
| DOCUMENTO POR OBTENER: | NO APLICA | | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | NO APLICA | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | SI | NO X | DIRECCIÓN WEB | NO APLICA | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | CUANDO LO SOLICITAN | | | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTA SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | ESTE TRÁMITE ES VERIFICADO POR LA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN DIF ESTADO DE MÉXICO. | | | | | |

| REQUISITOS: | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO. |
|---|---|---|---|
| PERSONAS FÍSICAS | | | |
| • ACTA DE NACIMIENTO ACTUALIZADA | SI | 1 | • DE ACUERDO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA 173 Y 198 PARA ATENCION A PERSONAS CON DISCAPACIDAD.<br>• LA NORMA OFICIAL MEXICANA AL NEXPEDIENTE CLINICO<br>• ARTICULO 103 DEL REGLAMENTO INTERNO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE COACALCO DE BERRIOZÁBAL, MÉXICO |
| • EN CASO DE SER MENOR DE EDAD (INE DEL TUTOR) | SI | 1 | |
| • CURP ACTUALIZADO | SI | 1 | |
| • INE VIGENTE | SI | 1 | |
| • COMPROBANTE DE DOMICILIO NO MENOR DE 3 MESES | SI | 1 | |
| • 3 FOTOGRAFÍAS INFANTIL | SI | 0 | |
| • DIAGNOSTICO MEDICO EMITIDO POR ESPECIALISTA. | SI | 1 | |
| • COMPROBANTE DE PAGO | SI | 1 | |
| • AGENDAR CITA PROGRAMADA (CARNET) | SI | 0 | |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | |
| NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | |
| NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO | TRAER LA DOCUMENTACION ACTUALIZADA COMPLETA Y REALIZAR SU PAGO CON ANTICIPACION PARA ASEGURAR SU CITA. | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | INMEDIATA BASADA EN LA AGENDA PROGRAMADA | | | | | |
| COSTO: | $ 200 | Fundamento Jurídico: A través de la primera Sesión Ordinaria del Sistema Municipal DIF Coacalco | | | | |
| FORMA DE PAGO: | EFECTIVO | X | TARJETA DE CRÉDITO | | TARJETA DE DÉBITO | | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | |
| DÓNDE PODRA PAGARSE: | EN CAJA DE LA UNIDAD BASICA DE REHABILITACION E INTEGRACION SOCIAL | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | NO APLICA | | | | | |

| | |
|---|---|
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRAMITE | SUJETO A DIAGNOSTICO MÉDICO QUE REFIERA LA ATENCION DE ESTE SERVICIO. |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | NO APLICA |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA COACALCO | | | | COORDINACION DE ATENCION A PERSONAS CON DISCAPACIDAD | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | LIC. MARIO ONAN QUINTERO MENESES | | | | |
| DOMICILIO: CALLE: | ROCIOS ESQUINA CANOSAS | | | NO. INT. Y EXT.: | S/N |
| COLONIA: | LOS HEROES COACALCO | | MUNICIPIO: | COACALCO DE BERRIOZÁBAL | |
| C.P.: | 55712 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCION: | LUNES A VIERNES DE 09:00 A 18:00 Y SÁBADO DE 09:00 A 13:00 PREVIA CITA | | |
| LADA: | TELEFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRONICO: | |
| 55 | 90991675 | NO APLICA | NO APLICA | ubris.coacalco@outlook.com | |

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| OFICINA: | NO APLICA | | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | NO APLICA | | | | |
| DOMICILIO: CALLE: | NO APLICA | | | NO. INT. Y EXT.: | NO APLICA |
| COLONIA: | NO APLICA | | MUNICIPIO: | NO APLICA | |
| C.P.: | NO APLICA | HORARIO Y DÍAS DE ATENCION: | NO APLICA | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRONICO: | |
| | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | NO APLICA | | | | |

INFORMACIÓN ADICIONAL

| | |
|---|---|
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿PARA SOLICITAR UNA TERAPIA ES NECESARIO INGRESAR A LA VALORACIÓN POR EL MÉDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN? |
| RESPUESTA: | SI, YA QUE DE ESA FORMA SE DETERMINARA EL TIPO TRATAMIENTO, EL NÚMERO DE SESIONES Y LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE. |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿ES INDISPENSABLE TRAER TODA LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA? |
| RESPUESTA: | SÍ, ES INDISPENSABLE PARA SU APERTURA DE EXPEDIENTE. |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿APARTIR DE QUE EDADES PUEDEN INGRESAR AL MEDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACION? |
| RESPUESTA: | NO EXISTE LIMITE DE EDAD |

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS

No Aplica

| ELABORÓ: | VISTO BUENO: | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
|---|---|---|
| COORDINADORA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA UNIDAD BASICA DE REHABILITACION E INTEGRACION SOCIAL DEL SMDIF DE COACALCO DE BERRIOZABAL DEL ESTADO DE MEXICO. | DIRECTOR DEL SISTEMA MUNIICPAL PARA EL DESRROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA COACALCO DE BERRIOZABAL ESTADO DE MEXICO.: | 16/ 02/ 2024 |
| LCOMUNICADORA IOVANA MORALES GARCIA | LIC. MARIO ONAN QUINTERO MENESES | |
| NOMBRE COMPLETO | NOMBRE COMPLETO | |

SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL MUNICIPIO DE COACALCO DE BERRIOZÁBAL
DIF COACALCO
experiencia y resultados para tu familia
ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
2022-2024