



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:		TRÁMITE:	SERVICIO:	X
ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD.				
DESCRIPCIÓN:				
SE OTORGA VALORACION A PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA SOLITUD DE ALGUN TRAMITE DE AUXILIARES, OTORGADOS POR DIFEM. SE OTORGA CERTIFICADO MEDICO DE LA DISCAPACIDAD QUE PRESENTE EN EL MOMENTO DE LA ATENCION.				
FUNDAMENTO LEGAL:	SE RICE POR NORMAS OFICIALES Y GUIAS DIAGNOSTICAS DE LA PRACTICA CLINICA, NORMATIVIDAD ESTABLECIDA A NIVEL NACIONAL			
DOCUMENTO A OBTENER:	RECETA MEDICA, CERTIFICADO MEDICO, ACREDITANDO LA DISCAPACIDAD QUE PRESENTE EN EL MOMENTO		VIGENCIA:	6 MESES
¿SE REALIZA EN LINEA:	SI NO +	DIRECCIÓN WEB		
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:	SE OTORGA SERVICIO A PUBLICO EN GENERAL QUE REQUIERA DE ATENCION DE DISCAPACIDAD EN CUALQUIER ESPERA, EN EL PRIMER NIVEL.			
REQUISITOS:	ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, UTILIDAD Y DESTINO DEL REQUISITO.	
PERSONAS FÍSICAS				
PACIENTE QUE SOLICITE LA ATENCION DE CONSULTA EXTERNA DE PRIMER NIVEL DE ATENCION, EN EL SMDIF CHIAUTLA	NO	NO	LA CONSULTA Y DIAGNOSTICO SE BASA EN LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS, Y GUIAS DE LA PRACTICA CLINICA ESTABLECIDAS A NIVEL NACIONAL.	
PERSONAS JURIDICO COLECTIVAS				
N/A				
INSTITUCIONES PÚBLICAS				
N/A				
DURACIÓN DEL TRÁMITE:	15 MINUTOS	TIEMPO DE RESPUESTA:	15 A 30 MINUTOS	
COSTO:	GRATUITO			
FORMA DE PAGO:	EFFECTIVO	TARJETA DE CRÉDITO	TARJETA DE DÉBITO	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)
DÓNDE PODRÁ PAGARSE:	N/A			
OTRAS ALTERNATIVAS:	N/A			
CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRÁMITE	N/A			
DEPENDENCIA U ORGANISMO:				
				UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:



MEDICINA GENERAL SMDF CHIAUTLA			
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:		C. AURELIA NATALIA AGUIRRE RUIZ	
DOMICILIO:	CALLE: AVENIDA DEL TRABAJO	NO. INT. Y EXT.:	S/N
COLONIA:	SAN ANDRES CHIAUTLA	MUNICIPIO:	CHIAUTLA
C.P.:	56030	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	9:00 - 14:30 Y 16:00/ 20:00 LUNES A VIERNES
LADA:	9535663	TELÉFONOS:	EXTS.:
01592	9218338		FAX:
			CORREO ELECTRÓNICO:
			smdfchautda@gmail.com
OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO			
OFICINA:	N/A		
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:			
DOMICILIO:	CALLE:	NO. INT. Y EXT.:	
COLONIA:		MUNICIPIO:	
C.P.:	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:		
LADA:	TELÉFONOS:	EXTS.:	FAX:
			CORREO ELECTRÓNICO:
MUNICIPIOS QUE ATIENDE:			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
PREGUNTA FRECUENTE 1:			
RESPUESTA:			
PREGUNTA FRECUENTE 2:			
RESPUESTA:			
PREGUNTA FRECUENTE 3:			
RESPUESTA:			
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS			
ELABORÓ:	VISTO BUENO:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
DRA. SONIA ELIZABETH JARA BELTRAN	LIC. ADRIANA ARELLANO CASTILLO	10 / 09 / 2021	
NOMBRE COMPLETO	NOMBRE COMPLETO		