



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:	TRÁMITE:	SERVICIO:	X
---------	----------	-----------	---

CLINICA DEL MALTRATO

DESCRIPCIÓN:

SE REALIZA VALORACION DE PACIENTE QUE ACUDA POR CONTROL DE ALGUNA VIOLENCIA EN CUALQUIER ESFERA BIOPSIICOSOCIAL. PARA VALORACION DE MANERA INTEGRAL CON APOYO DE PSICOLOGICA, PROCURADURIA, TRABAJO SOCIAL Y MEDICINA.

FUNDAMENTO LEGAL:

SE RIGE POR NORMAS OFICIALES Y GUIAS DIAGNOSTICAS, NORMATIVIDAD ESTABLECIDA A NIVEL NACIONAL

DOCUMENTO A OBTENER:

CERTIFICADO DE LA ATENCION A LA PERSONA EN SITUACION DE VIOLENCIA DE CUALQUIER TIPO QUE SE PRESENTE AL SMIDIF CHIAUTLA

VIGENCIA:

DE ACUERDO AL CASO

¿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 VIOLENCIA EN CUALQUIER ESFERA, 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:

PACIENTE QUE SOLICITE LA ATENCION DE VIOLENCIA EN CUALQUIER ESFERA BIOPSIICOSOCIAL DE PRIMER NIVEL DE ATENCION, EN EL SMIDIF 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:

30 MINUTOS

TIEMPO DE RESPUESTA:

30 MINUTOS

COSTO:

GRATUITO

FORMA DE PAGO:

N/A

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 SMDIF CHIAUTLA		C. AURELIA NATALIA AGUIRREA RUIZ	
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:			
DOMICILIO:	CALLE: AVENIDA DEL TRABAJO	NO. INT. Y EXT.:	SN
COLONIA:	CENTRO	MUNICIPIO:	CHIAUTLA
C.P.:	56030	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: 9:00 - 14:30 Y 16:00/ 20:00 LUNES A VIERNES	
LADA:	TELÉFONOS:	EXTS.:	FAX:
01595 01592	9535663 9218338		
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	