



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE: TRÁMITE: SERVICIO: X

CLINICA DEL NIÑO SANO

DESCRIPCIÓN:

SE REALIZA CONTROL DE NIÑO SANO DE GRUPO ETAREO DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD, CON CONTROL DE PESO, TALLA PARA PREVENCIÓN Y VALORACIÓN DE ALTERACIONES EN SU DESARROLLO Y TENGA DESARROLLO OPTIMO DE SU CALIDAD DE VIDA.

FUNDAMENTO LEGAL: **SE RIGE POR NORMAS OFICIALES Y GUIAS DIAGNOSTICAS, NORMATIVIDAD ESTABLECIDA A NIVEL NACIONAL**

DOCUMENTO A OBTENER: RECETA MEDICA, SOLICITUD DE ESTUDIO DE LABORATORIO O GABINETE U HOJA DE REFERENCIA A OTRA UNIDAD VIGENCIA: 1 MES

¿SE REALIZA EN LINEA?:

SI	NO
	+

 DIRECCIÓN WEB

CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: SE OTORGA SERVICIO A POBLACION INFANTIL DE 0 A 5 AÑOS QUE REQUIERA DE ATENCION MEDICA Y CONTROL EN EL PRIMER NIVEL.

REQUISITOS:

ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURIDICO-ADMINISTRATIVO, UTILIDAD Y DESTINO DEL REQUISITO:
--	---	--

PERSONAS FÍSICAS
PACIENTE QUE SOLICITE LA ATENCION DE CONSULTA EXTERNA DE PRIMER NIVEL DE ATENCION EN MENORES DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD. SMDIF CHIAUTLA

NO	NO
----	----

 LA CONSULTA Y DIAGNOSTICO SE BASA EN LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS, Y GUIAS DE PRACTICA CLINICA ESTABLECIDAS A NIVEL NACIONAL.

PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS

N/A

INSTITUCIONES PÚBLICAS

N/A

DURACIÓN DEL TRÁMITE: 15 MINUTOS

TIEMPO DE RESPUESTA:	15 MINUTOS
----------------------	------------

COSTO: \$40.

FORMA DE PAGO:

EFFECTIVO	X	TARJETA DE CRÉDITO		TARJETA DE DÉBITO		EN LINEA (PORTAL DE PAGOS)	
-----------	---	--------------------	--	-------------------	--	----------------------------	--

DÓNDE PODRÁ PAGARSE: **CAJA SMDIF. CHIAUTLA**

OTRAS ALTERNATIVAS: N/A

CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRÁMITE: N/A

DEPENDENCIA U ORGANISMO:

UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:



MEDICINA GENERAL SMDIF CHIAUTLA		C. AURELI NATALIA AGUIRRE RUIZ	
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:			
DOMICILIO:	CALLE: AVENIDA DEL TRABAJO	NO. INT. Y EXT.:	SN
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:	TELÉFONOS:	EXTS.:	FAX:
01595	9535663		
01592	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:
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 <i>Sonia Jara Beltran</i>	LIC. ADRIANA ARELLANO CASTILLO <i>Adriana Arellano Castillo</i>	10 / 09 / 2021	
NOMBRE COMPLETO	NOMBRE COMPLETO		