



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | SERVICIO: | X |
| PLANIFICACION FAMILIAR | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | | |
| SE OTORGA CONSULTORIA Y METODOS ANTICONCEPTIVOS, A PERSONAS EN EDAD REPRODUCTIVA, AMBOS SEXOS. QUE SOLICITEN EL SERVICIO, CON USO DE METODO ANTICONCEPTIVO QUE MAS CONVENGA EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA. | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | SE RIGE POR NORMAS OFICIALES Y GUIAS DIAGNOSTICAS, NORMATIVIDAD ESTABLECIDA A NIVEL NACIONAL | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | SE OTORGA CONSULTORIA SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR A GRUPO ETAREO EN EDAD REPRODUCTIVA DE AMBOS SEXOS. OTORGANDO METODOS ANTICONCEPTIVO APTO AL SOLICITANTE | | VIGENCIA: | 1 MES |
| ¿SE REALIZA EN LINEA: | SI NO + | DIRECCIÓN WEB | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | SE OTORGA SERVICIO A PUBLICO EN EDAD REPRODUCTIVA QUE REQUIERA DE ATENCION DE PLANIFICACION FAMILIAR 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 CONSULTORIA DE PLANIFICACION FAMILIAR AMBOS SEXOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION, EN EL SMDIF CHIAULTLA | NO | NO | LA CONSULTA Y DIAGNOSTICO SE BASA EN LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS, Y GUIAS DE LA PRACTICA CLINICAO ESTABLECIDAS A NIVEL NACIONAL. |
| PERSONAS JURIDICO COLECTIVAS | | | | |
| N/A | | | | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | |
| N/A | | | | |
| DURACIÓN DEL TRÁMITE: | 15 MINUTOS | TIEMPO DE RESPUESTA: | 15 MINUTOS | |
| COSTO: | GRATUITO | | | |
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO | TARJETA DE CRÉDITO | TARJETA DE DÉBITO | EN LINEA (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 | | | | | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | C. AURELIA NATALIA AGUIRRE RUIZ | | | | | |
| 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: | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| 01595 | 9535663 | | | | smdichiautla@gmail.com | | |
| 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: | 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: | | | |
| | | | | 10 / 09 / 2021 | | | |
| DRA. SONIA ELIZABETH JARA BELTRAN | | LIC. ADRIANA ARELLANO CASTILLO | | | | | |
| NOMBRE COMPLETO | | | | NOMBRE COMPLETO | | | |

