



| | | | | |
|--|--|--|---------------|-------------------------------------|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | SERVICIO: | <input checked="" type="checkbox"/> |
| CONSULTA MEDICA ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | | |
| Brindar consulta médica especial en rehabilitación a personas con discapacidad que lo requieran para poder ingresar al área de terapia física rehabilitadora | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | | <p>Ley De Asistencia Social Del Estado De México Y Municipios.</p> <p>Ley General para la Inclusión de las personas con discapacidad.</p> <p>Ley de Asistencia Social del estado de México.</p> <p>Ley general de salud.</p> <p>Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad.</p> <p>Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.</p> <p>Reglamento De La Protección e Integración Al Desarrollo De Las Personas Con Capacidades Diferentes</p> | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | | Ninguno | VIGENCIA: | n/a |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | DIRECCIÓN WEB | N/A |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | | 1.Son referidos por una institución médica 2. Llegan por su cuenta a requerir el servicio en ambos casos tienen que ser valorados por el médico especialista en rehabilitación. | | |
| REQUISITOS: | | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, UTILIDAD Y DESTINO DEL REQUISITO: | | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | |
| 1. Solicitar el servicio ya sea en forma directa o referido de alguna institución medica | | Si | | N/A |
| 2. Requiere evaluación del médico especialista en rehabilitación para dictaminar el tratamiento. | | Si | | |
| 3. Traer consigo el resumen médico o radiografías o algún otro estudio que | | Si | | |



| | | | | |
|---|---|---|----------------------------------|---|
| se haya realizado (en caso de contar con ellos) | | | I | |
| PERSONAS MORALES | | | | |
| N/A | | N/A | N/A | N/A |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | |
| N/A | | N/A | N/A | N/A |
| OTROS | | | | |
| No aplica (en caso de aplicar, especificar cuáles serían los otros supuestos) | | ORIGINAL N/A | COPIA(S) N/A | N/A |
| DURACIÓN DEL TRÁMITE: | La consulta tiene una duración de media hora | | TIEMPO DE RESPUESTA: | |
| VIGENCIA: | N/A | | | |
| COSTO: | \$150.00 MN (Ciento cincuenta pesos 00/100MN) | | | |
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO <input checked="" type="checkbox"/> | TARJETA DE CRÉDITO | TARJETA DE DÉBITO | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | UBRIS TECAMAC | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | n/a | | | |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | |
| SMDIF | | Unidad Básica de Rehabilitación UBRIS Tecámac | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | Dra. Alondra Parra Flores | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | Juventino Rosas | NO. INT. Y EXT.: | s/n |
| | | | N/A | |
| COLONIA: | La Nopalera | MUNICIPIO: | Tecámac | |
| C.P.: | 55749 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | Lunes a viernes de 8 a 16 horas. | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| 55 | 49774464(Recepción y trabajo social) 49774556 (Coordinación) | | | sarasandovale@gmail.com victorpadillalopez2912@gmail.com |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO(26) | | | | |
| OFICINA: | n/a | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | N/A | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | N/A | NO. INT. Y EXT.: | N/A |



| | | | | | |
|--|--|--------|------|---------------------|-----|
| COLONIA: | N/A | | | MUNICIPIO: | N/A |
| C.P.: | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| N/A | N/A | N/A | N/A | | |
| MUNICIPIOS QUE ATIENDE: | N/A | | | | |
| OTROS(27) | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | Para que pasar con el médico especialista? | | | | |
| RESPUESTA: | Para hacer el diagnóstico y así determinar el tipo de terapia que se requiere. | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | Por qué es tan costosa la consulta si antes nos cobraban menos? | | | | |
| RESPUESTA: | Porque el medico de antes no era especialista en rehabilitación. | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | Que días va el médico especialista' | | | | |
| RESPUESTA: | Lunes, miércoles y viernes de 8 a 12pm. | | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | |
| | | | | | |

| | | |
|---|--|---|
| <p>ELABORÓ:</p>   <p>Sara Sandoval Espinosa T.S. UBRIS DIF Tecamac Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia CIUDAD SEGURA Y PRÓSPERA AYUNTAMIENTO 2019 - 2021 COORDINACIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD</p> | <p>VISTO BUENO:</p>  <p>DIF Tecamac Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia CIUDAD SEGURA Y PRÓSPERA AYUNTAMIENTO 2019 - 2021 DIRECCIÓN Dra. Alondra Parra Flores Directora General SMDIF</p> | <p>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</p> <p style="text-align: center;">3 JUNIO 2019</p> |
|---|--|---|