



## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                    |                                           |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------|
| NOMBRE                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | TRÁMITE                                            | SERVICIO                                  | X       |
| <b>FISIOTERAPIA Y REHABILITACION</b>                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                    |                                           |         |
| DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Código de la Cédula                                |                                           |         |
| BRINDAR TRATAMIENTO PERSONALIZADO SEGÚN LAS NECESIDADES DE CADA PACIENTE CON APLICACIÓN DE ELECTROTERAPIA TERMOTERAPIA HIDROTERAPIA Y MECANOTERAPIA, TENIENDO COMO OBJETIVO PRINCIPAL MEJORAR LA FUNCION |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                    |                                           |         |
| FUNDAMENTO LEGAL                                                                                                                                                                                         | <p>NOM.004.SSA3-2012, PARA EL EXPEDIENTE CLINICO. ESTABLECE LOS CRITERIOS PARA LA ELABORACIÓN, USO, CONSERVACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. ESTA NORMA APLICA A TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, PÚBLICOS, SOCIALES Y PRIVADOS.</p> <p>ENTRE LOS ASPECTOS QUE ESTABLECE LA NOM 004 SSA3 2012 SE ENCUENTRAN:</p> <p>LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DEBEN CONTENER INFORMACIÓN COMPLETA Y PRECISA SOBRE EL PACIENTE, LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y EL TRATAMIENTO.</p> <p>LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DEBEN SER CONSERVADOS DE FORMA SEGURA Y CONFIDENCIAL.</p> <p>EL PERSONAL MÉDICO AUTORIZADO ES EL ÚNICO QUE PUEDE ACCEDER AL EXPEDIENTE CLÍNICO.</p> <p>LOS DATOS PERSONALES DEL PACIENTE DEBEN ORIENTAR LA PRÁCTICA MÉDICA Y NO PODRÁN SER DIVULGADOS.</p> <p>LAS NOTAS EN EL EXPEDIENTE DEBEN SER EXPRESADAS EN LENGUAJE TÉCNICO-MÉDICO, SIN ABREVIATURAS, CON LETRA LEGIBLE, SIN ENMENDADURAS, NI TACHADURAS.</p> <p>EL EXPEDIENTE CLÍNICO DEBE CONSERVARSE COMO MÍNIMO HASTA CINCO AÑOS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ÚLTIMO ACTO MÉDICO.</p> <p>NOM-015-SSA3-2023 NORMA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD TIENE POR OBJETO ESTABLECER LOS CRITERIOS QUE REGULAN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, EN SU CALIDAD DE PACIENTES.</p> |                                                    |                                           |         |
| DOCUMENTO A OBTENER                                                                                                                                                                                      | TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                    | VIGENCIA DE DOCUMENTO A OBTENER           | 40 MIN. |
| SI REALIZA EN LÍNEA                                                                                                                                                                                      | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NO                                                 | DIRECCIÓN WEB                             | NINGUNO |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE                                                                                                                                                              | CUANDO SE PRESENTE ALGUNA CONDICION QUE IMPIDA REALIZAR MOVIMIENTO (DOLOR, LESION, PATOLOGIA, RIGIDEZ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |                                           |         |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTA SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y, EN CASO DE LA MISMA                                                                                                    | NINGUNO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                    |                                           |         |
| REQUISITOS                                                                                                                                                                                               | ORIGINAL (adjuntar la página SI O NO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | COPIAS (adjuntar con número la cantidad de copias) | FUNDAMENTO JURIDICO ADMINISTRATIVO        |         |
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                    |                                           |         |
| VALORACION INICIAL POR PARTE DEL ESPECIALISTA EN REHABILITACION DEL SMDIF                                                                                                                                | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NO                                                 | NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico |         |
| <b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                    |                                           |         |
| NO                                                                                                                                                                                                       | NINGUNO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NINGUNO                                            | NINGUNO                                   |         |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                    |                                           |         |
| NO                                                                                                                                                                                                       | NINGUNO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NINGUNO                                            | NINGUNO                                   |         |
| CASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO                                                                                                                                                         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.-SOLICITAR CITA CON EL ESPECIALISTA</li> <li>2.-REALIZAR PAGO DE CONSULTA</li> <li>3.-ACUDIR A SU CITA CON EL ESPECIALISTA</li> <li>4.-SOLICITAR CITA PARA SESIONES DE TERAPIA FISICA</li> <li>5.-REALIZAR EL PAGO DE TERAPIA FISICA EL DIA DE SU CITA</li> <li>6.-ACUDIR A SESIOINES DE TERAPIA FISICA CUMPLIENDO EL REGLAMENTO Y CON EL MATERIAL REQUERIDO</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    |                                           |         |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA                                                                                                                                                                                | 5-10 MIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                           |         |



|                                             |                                                                                                                                                                  |                                                     |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>COSTO:</b>                               | \$45.00                                                                                                                                                          | <b>Fundamento Jurídico</b>                          |
| <b>FORMA DE PAGO:</b>                       | <input checked="" type="checkbox"/> EFECTIVO                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> TARJETA DE CRÉDITO         |
|                                             | <input type="checkbox"/> TARJETA DE DÉBITO                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) |
| <b>DÓNDE PODRÁ PAGARSE:</b>                 | EN CAJA-RECEPCION DE LAS INSTALACIONES DEL SMDIF                                                                                                                 |                                                     |
| <b>OTRAS ALTERNATIVAS:</b>                  | NINGUNA                                                                                                                                                          |                                                     |
| <b>CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE:</b> | SE BRINDA ATENCION DE PRIMERA INSTANCIA A PERSONAS QUE LO REQUIERAN, EN CASO DE REQUERIR ATENCION DE SEGUNDA O TERCERA INSTANCIA, SE CANALIZA A OTRA INSTITUCION |                                                     |
| <b>APLICACION DE LA AFIRMATIVA FICTA:</b>   | NO APLICA                                                                                                                                                        |                                                     |

|                                                                              |                                    |                                             |                            |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------|
| <b>DEPENDENCIA U ORGANISMO:</b>                                              |                                    | <b>UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:</b>   |                            |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (SMDIF) AYAPANGO |                                    | UNIDAD DE REHABILITACION E INCLUSION SOCIAL |                            |
| <b>TITULAR DE LA DEPENDENCIA:</b>                                            |                                    | ALICIA JISEL CARMONA VEGA                   |                            |
| <b>DOMICILIO:</b>                                                            | <b>CALL E:</b>                     | <b>NO. INT. Y EXT.:</b>                     |                            |
|                                                                              | CAMINO AL ROSARIO                  |                                             | 4                          |
| <b>COLONIA:</b>                                                              | <b>MUNICIPIO:</b>                  |                                             |                            |
| BARRIO DE LA SOLEDAD                                                         | AYAPANGO                           |                                             |                            |
| <b>C.P.:</b>                                                                 | <b>HORARIO Y DIAS DE ATENCION:</b> |                                             |                            |
| 56760                                                                        | LUNES A VIERNES DE 9:0AM A 5:00 PM |                                             |                            |
| <b>CIUDA:</b>                                                                | <b>TELEFONOS:</b>                  | <b>INTSE:</b>                               | <b>FAX:</b>                |
| 55                                                                           | 597-98-2-42-35                     | NO APLICA                                   | NO APLICA                  |
|                                                                              |                                    |                                             | <b>CORREO ELECTRONICO:</b> |
|                                                                              |                                    |                                             | difayapango2527@gmail.com  |


**OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO**

|                                         |                                    |                         |                            |
|-----------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|----------------------------|
| <b>OFICINA:</b>                         | NO APLICA                          |                         |                            |
| <b>NOMBRE DE TITULAR DE LA OFICINA:</b> | NO APLICA                          |                         |                            |
| <b>DOMICILIO:</b>                       | <b>CALL E:</b>                     | <b>NO. INT. Y EXT.:</b> |                            |
|                                         | NO APLICA                          |                         | NO APLICA                  |
| <b>COLONIA:</b>                         | <b>MUNICIPIO:</b>                  |                         |                            |
| NO APLICA                               | NO APLICA                          |                         |                            |
| <b>C.P.:</b>                            | <b>HORARIO Y DIAS DE ATENCION:</b> |                         |                            |
| NO APLICA                               | NO APLICA                          |                         |                            |
| <b>CIUDA:</b>                           | <b>TELEFONOS:</b>                  | <b>INTSE:</b>           | <b>FAX:</b>                |
| NO APLICA                               | NO APLICA                          | NO APLICA               | NO APLICA                  |
|                                         |                                    |                         | <b>CORREO ELECTRONICO:</b> |
|                                         |                                    |                         | NO APLICA                  |

|                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| <b>FORMATOS DESCARGABLES:</b> | NO APLICA |
|-------------------------------|-----------|

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

|                              |                                                                                                                                                    |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 1:</b> | ¿PUEDO ACUDIR A TERAPIA SOLO CON MIS ESTUDIOS REALIZADOS Y SIN VALORACION DEL ESPECIALISTA?                                                        |
| <b>RESPUESTA:</b>            | NO, ES REQUERIDA UNA VALORACION PREVIA POR PARTE DEL ESPECIALISTA DEL SMDIF PARA SU ATENCION                                                       |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 2:</b> | ¿PUEDO ACUDIR EL DIA Y LA HORA QUE SEA A MIS SESIONES DE TERAPIA?                                                                                  |
| <b>RESPUESTA:</b>            | NO. ES NECESARIO PEDIR CITA EN LA CUAL SE PROPORCIONARA DIA Y HORA DE SU SESION, CON LA FINALIDAD DE TENER UN BUEN ORDEN Y POR ENDE MEJOR ATENCION |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 3:</b> | ¿SI VINE HACE TIEMPO Y YA TENGO EXPEDIENTE PUEDO RETOMAR TERAPIA YA SEA POR LA MISMA CAUSA U OTRA DISTINTA?                                        |
| <b>RESPUESTA:</b>            | NO, ES NECESARIA UNA VALORACION ACTUALIZADA SI ES POR LA MISMA CAUSA O VALORACION INICIAL EN CASO DE REQUERIR TERAPIA POR UNA NUEVA CAUSA          |


  
 LET. JACQUELINE HERNANDEZ DE LEON
   
 NOMBRE COMPLETO


  
 VISTO BUENO
   
 C. ALICIA JISEL CARMONA VEGA
   
 NOMBRE COMPLETO

**FECHA DE ACTUALIZACIÓN:**
  
 06 / 03 / 2026