



**REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS
CÉDULA DE INFORMACIÓN**

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|------|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | SERVICIO: | X |
| TERAPIA FÍSICA REHABILITADORA | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | | |
| EXTENDER EL CERTIFICADO MÉDICO DE DISCAPACIDAD A PERSONAS QUE LO REQUIERAN PARA TRAMITAR ALGÚN APOYO A CREDENCIAL QUE VALIDE SU CONDICIÓN, CON BASE EN LA VALORACIÓN Y DICTAMEN DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | ARTÍCULO 4° DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS ARTÍCULO 4° DE LA LEY DE ASISTENCIA SOCIAL DE ESTADO DE MÉXICO ARTÍCULO 3° DE LA LEY GENERAL DE PARA LA INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD ARTÍCULO 6° DE LA LEY GENERAL DE SALUD REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN MÉDICA REGLAMENTO DE LA PROTECCIÓN E INTEGRACIÓN AL DESARROLLO DE LAS PERSONAS CON CAPACIDADES DIFERENTES. | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | NINGUNO | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | <input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> X | DIRECCIÓN WEB | NO APLICA | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | 1. SON REFERIDOS POR EL MÉDICO O UNIDAD DE REHABILITACIÓN, 2. LLEGAN POR SU CUENTA A REQUERIR EL SERVICIO EN AMBOS CASOS TIENEN QUE SER VALORADOS POR EL MÉDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN PARA QUE DICTAMINE EL TRATAMIENTO O REFERIRLO A OTRA UNIDAD MÉDICA. | | | |
| REQUISITOS: | ORIGINAL ANOTAR LA PALABRA SI O NO | COPIAS ANOTAR CON NÚMERO LA CANTIDAD DE COPIAS | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | |
| 1. | SOLICITAR EL SERVICIO YA SEA EN FORMA DIRECTA O REFERIDA DE ALGUNA INSTITUCIÓN MÉDICA. | SI | 2 | N/A. |
| 2. | REQUIERE EVALUACIÓN DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN PARA DICTAMINAR EL TRATAMIENTO. | SI | 2 | |
| 3. | RADIOGRAFÍAS O RESUMEN MÉDICO | | | |
| 4. | DOS COPIAS DEL IFE O INE DEL BENEFICIARIO (VIGENTE) AMPLIFICADO AL 150% | | 2 | |
| 5. | DOS COPIAS DEL CURP DEL BENEFICIARIO EN FORMATO NUEVO, SIN AMPLIFICAR | SI | 2 | |
| 6. | DOS COPIAS DEL ACTA DE NACIMIENTO TAMAÑO CARTA | | 2 | |
| 7. | DOS COPIAS DEL COMPROBANTE DE DOMICILIO NO MAYOR A 3 MESES DE ANTIGÜEDAD. | | | |
| | EN CASO DE QUE EL PACIENTE SEA MENOR DE EDAD TRAER LO ANTERIOR DEL PADRE-MADRE O TUTOR (A) Y DOS COPIAS DEL MENOR DEL: | | 2 | |
| 8. | ACTA DE NACIMIENTO EN TAMAÑO CARTA Y | | 2 | |
| 9. | DOS COPIAS DEL CURP EN FORMATO NORMAL. | | | |
| 10. | 2 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL DEL PACIENTE. | | | |



| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------|---|-----|
| 11. 2 NÚMEROS TELEFÓNICOS PARA COMUNICARSE CON EL BENEFICIARIO | | | | | | | | | |
| 12. CROQUIS DE LA CASA DEL BENEFICIARIO A MANO EN UNA HOJA TAMAÑO CARTA BLANCA. | | | | | | | | | |
| 13. SE REALIZARÁ EL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO | | | | | | 2 | | | |
| | | | | | | 2 | | | |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | | | | | | | |
| N/A | | | N/A | | N/A | | N/A | | N/A |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | | | | | |
| N/A | | | N/A | | N/A | | N/A | | N/A |
| DURACIÓN DEL TRÁMITE: | LA TERAPIA TIENE UNA DURACIÓN DE 15 A 40 MINUTOS DEPENDIENDO LA PATOLOGÍA Y LAS INDICACIONES DEL MÉDICO ESPECIALISTA. | | | TIEMPO DE RESPUESTA: | DEPENDIENDO DE LA AGENDA DEL MÉDICO ESPECIALISTA, EN CUANTO EL MEDICO INDICA EL TRATAMIENTO ES DE 2 A 3 DÍAS DEPENDIENDO EL TIEMPO QUE TARDE EL PACIENTE EN ASISTIR AL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL PARA APERTURA DE EXPEDIENTE YA QUE EN CUANTO TIENE EL CARNET ES INMEDIATA LA TERAPIA. | | | | |
| COSTO: | CON BASE EN EL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO | | FUNDAMENTO JURÍDICO CAPÍTULO VII DE LAS CUOTAS DE RECUPERACIÓN DEL REGLAMENTO INTERNO DEL SMDIF TECÁMAC ARTÍCULOS 1.58 | | | | | | |
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO | SÍ | TARJETA DE CRÉDITO | NO | TARJETA DE DÉBITO | NO | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N | O |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | EN LA RECEPCIÓN DE LA UNIDAD DE BÁSICA DE REHABILITACIÓN | | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | NO APLICA | | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | <ul style="list-style-type: none"> - CUANDO LA PERSONA NO HA PASADO A CONSULTA CON EL MÉDICO ESPECIALISTA DE LA UNIDAD YA QUE ES LA ÚNICA PERSONA QUE PUEDE ABRIR EL EXPEDIENTE. - CUANDO EL MÉDICO ESPECIALISTA DECIDE EN BASE A LA EXPLORACIÓN CLÍNICA QUE NO ES CANDIDATO A SER TRATADO EN LA UNIDAD. - CUANDO ES REFERIDO A OTRA INSTANCIA DE SEGUNDO O TERCER NIVEL O YA NO ES TRATABLE EN LA UNIDAD EL PADECIMIENTO DEL PACIENTE. <p>CUANDO EL PACIENTE NO CONCLUYE EL TRÁMITE PARA SER PACIENTE DEL UBRIS.</p> | | | | | | | | |



| | | | | | | | |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------|-----|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | |
| SISTEMA MUNICIPAL DIF TECÁMAC | | | | UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | DRA. ALONDRA PARRA FLORES | | | | | |
| DOMICILIO: | CALL E: | CALLE MANDARINAS ESQUINA NARANJOS S/N | | | NO. INT. Y EXT.: | S/N | |
| COLONIA: | FRACCIONAMIENTO OJO DE AGUA | | | MUNICIPIO: | TECÁMAC DE FELIPE VILLANUEVA | | |
| C.P.: | 55770 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 18:00 HORAS Y SABADOS DE 9:00 A 13:00 | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| 55 | 59 38 82 60 | | N/A | N/A | diftecamadireccion@gmail.com | | |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | | | |
| OFICINA: | | UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL | | | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | | VICTOR PADILLA LÓPEZ | | | | | |
| DOMICILIO: | CALL E: | CALLE MANDARINAS ESQUINA NARANJOS S/N | | | NO. INT. Y EXT.: | S/N | |
| COLONIA: | FRACCIONAMIENTO OJO DE AGUA | | | MUNICIPIO: | TECÁMAC DE FELIPE VILLANUEVA | | |
| C.P.: | 55770 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 18:00 HORAS Y SABADOS DE 9:00 A 13:00 | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| 55 | 49 77 44 74 | | N/A | N/A | ubrisdiftecamac@gmail.com | | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | | NO APLICA | | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | | ¿Qué requiero para recibir la terapia física? | | | | | |
| RESPUESTA: | | Pasar a consulta con el médico especialista en rehabilitación para dictaminar el diagnóstico y tratamiento. | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | | ¿Cuál es el costo de la terapia física? | | | | | |
| RESPUESTA: | | Depende del estudio socioeconómico, va desde los 30 pesos hasta los 80 | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | | ¿Cuánto duran las terapias? | | | | | |
| RESPUESTA: | | De 15 a 40 minutos dependiendo de la patología. | | | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | | | |
| NO APLICA | | | | | | | |



| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| ELABORÓ:  | VISTO BUENO:  | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 12/02/2020 |
| VICTOR PADILLA LÓPEZ COORDINADOR DE LA UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL | DRA. ALONDRÁ PARRA FLORES DIRECTORA GENERAL DEL SMDIF. | |

