



## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| NOMBRE:   |  | TRÁMITE:  |   | SERVICIO: <input checked="" type="checkbox"/>   |
| <b>Consulta médica</b>  |  |   |   |   |
| DESCRIPCIÓN:  |  | Código de la Cédula   |   | IXTA/BIS/SALUD/09/2025  |
| Se proporciona una consulta de primer nivel de atención médica a la población en general que lo solicite, a fin de evaluar su estado de salud, detectando patologías que puedan afectar su calidad de vida. |  |   |   |   |
| FUNDAMENTO LEGAL:   |  | *Artículo 4, Párrafo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.<br>*Artículo 1 y 2 de la Ley General de Salud.  |   |   |
| DOCUMENTO A OBTENER:  |  | Receta médica   | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:                       | Dos semanas   |
| ¿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:  |  | Se brindará el servicio de atención médica de primer nivel a toda persona que lo solicite, respetando así el derecho a la Salud plasmado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. |   |   |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA   |  | Si, todo servicio de salud puede ser verificado por el Consejo de Salubridad General y por el Instituto de Salud del Estado de México.  |   |   |
| REQUISITOS:   |  | ORIGINAL<br>anotar la palabra<br>SI o NO  | COPIAS anotar<br>con número la<br>cantidad de<br>copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO.   |
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>   |  |   |   |   |
| Copia de identificación oficial   |  | NO  | 1   | *Artículo 4, Párrafo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.<br>*Artículo 1 y 2 de la Ley General de Salud.<br>*Artículo 3 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios<br>* Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. |
| <b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>   |  |   |   |   |
| N/A   |  | N/A   | N/A   | N/A   |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>   |  |   |   |   |



|   |   |                         |                    |     |
|---|---|-------------------------|--------------------|-----|
|   | N/A   | N/A                     | N/A                | N/A |
| <b>PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO</b> | El usuario deberá asistir a la unidad de salud en un horario de 9:00 am a 14:30 pm, y en recepción solicitará el trámite a realizar y posteriormente se hará la toma de signos vitales con la encargada de enfermería y se le guiará con el área médica para su consulta.   |                         |                    |     |
| <b>PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA</b>                        | 15 minutos  |                         |                    |     |
| <b>COSTO:</b>   | Gratuito  | Fundamento Jurídico N/A |                    |     |
| <b>FORMA DE PAGO:</b>                                   | EFFECTIVO   | N/A                     | TARJETA DE CRÉDITO | N/A |
|   |   |                         | TARJETA DE DÉBITO  | N/A |
| <b>DÓNDE PODRÁ PAGARSE:</b>                             | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) N/A  |                         |                    |     |
| <b>OTRAS ALTERNATIVAS:</b>                              | N/A   |                         |                    |     |
| <b>CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE</b>              | <p>-El usuario se presentará en las instalaciones en un horario de lunes a viernes de 9:00 am a 14:30 pm y los días sábados de 9:30 a 12:00 horas.</p> <p>-El usuario solicitará su trámite en recepción y pasará con el equipo de enfermería para la toma de signos vitales</p> <p>-El equipo de enfermería lo guiará con el área médica para su consulta.</p> <p>-Solo se otorgará atención de primer nivel (servicios de prevención y detección oportuna de enfermedades); las urgencias y la atención de segundo y tercer nivel (especialidades, cirugías, hospitalizaciones, etc.), serán canalizadas a las instituciones competentes.</p> |                         |                    |     |
| <b>APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA</b>                | N/A   |                         |                    |     |

|   |                                    |  |                 |   |
|---|------------------------------------|--|-----------------|---|
| <b>DEPENDENCIA U ORGANISMO:</b>               |                                    | <b>UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:</b>                              |                 |   |
| Dirección de Bienestar e Inclusión Social     |                                    | Coordinación de Salud  |                 |   |
| <b>TITULAR DE LA DEPENDENCIA:</b>             |                                    | Lic. Kevin Scott Vázquez Garcia  |                 |   |
| <b>DOMICILIO:</b>                             | <b>CALLE:</b> Vigilantes           | <b>NO. INT. Y EXT.:</b>  | N/A             |   |
| <b>COLONIA:</b> Centro                        | <b>MUNICIPIO:</b> Ixtapaluca       |  |                 |   |
| <b>C.P.:</b> 56530                            | <b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b> | Lunes a viernes, de 9:00 a 14:30 horas, y sábado de 9:00 a 12:00 horas |                 |   |
| <b>LADA:</b> 55                               | <b>TELÉFONOS:</b> 59 72 14 72      | <b>EXTS.:</b> N/A  | <b>FAX:</b> N/A | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b> <a href="mailto:bienestar@ixtapaluca.gob.mx">bienestar@ixtapaluca.gob.mx</a> |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b> |                                    |  |                 |   |



|  |   |   |   |  |
|--|---|---|---|--|
| OFICINA:                                 |   | Unidad de Atención Primaria en Adicciones |   |  |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:        |   | Dra. Fanny Fernanda Montoya Gallegos      |   |  |
| DOMICILIO:                               | CALLE:  | Volcán de Colima                          | NO. INT. Y EXT.:  | S/N  |
| COLONIA:                                 | Unidad Habitacional San Buenaventura<br>Ixtapaluca  |   | MUNICIPIO:  | Ixtapaluca   |
| C.P.:                                    | 56536   | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:               | Lunes a viernes, de 09:00 a 14:30 horas, y sábado de 9:00 a 12:00 horas |  |
| LADA:                                    | TELEFONOS:  | EXTS.:                                    | FAX:  | CORREO ELECTRÓNICO:  |
| 55                                       | 59 72 14 72   | N/A                                       | N/A   | <a href="mailto:bienestar@ixtapaluca.gob.mx">bienestar@ixtapaluca.gob.mx</a> |
| FORMATO(S)<br>DESCARGABLES               | N/A   |   |   |  |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>             |   |   |   |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:                    | ¿Cuál es el costo de la atención médica?  |   |   |  |
| RESPUESTA:                               | La atención es completamente gratuita   |   |   |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                    | ¿Se dan consultas de seguimiento?   |   |   |  |
| RESPUESTA:                               | En caso de requerirlo, el medico puede dar consultas de seguimiento.                          |   |   |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:                    | ¿Otorgan los medicamentos que recetan?  |   |   |  |
| RESPUESTA:                               | En caso de contar con el medicamento recetado, este le puede ser otorgado de manera gratuita. |   |   |  |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b> |   |   |   |  |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <br>ELABORÓ:<br>Lcda. Fanny Fernanda Montoya Gallegos<br>Coordinadora de Salud | <br>VISTO BUENO:<br>Lic. Kevin Scott Vázquez García<br>Director de Bienestar e Inclusión Social | FECHA DE ACTUALIZACIÓN:<br>21 / 02 / 2025 |
|--|---|---|