



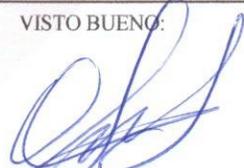
### CÉDULA DE INFORMACIÓN

|   |   |  |   |           |
|---|---|--|---|-----------|
| NOMBRE:   |   | TRÁMITE:                                       | SERVICIO:   | x         |
| Pre-valorización medica   |   |  |   |           |
| DESCRIPCIÓN:  |   | Código de la Cédula                            | IXTA/MR/SMDIF/36/DIS/2025   |           |
| El proceso de inclusión pretende minimizar las barreras para que todos participen sin importar sus características físicas, mentales, sociales, contextos culturales. |   |  |   |           |
| FUNDAMENTO LEGAL:   | <p>LEY GENERAL DE SALUD TITULO SEGUNDO SISTEMA NACIONAL DE SALUD CAPITULO I DISPOSICIONES COMUNES</p> <p>Artículo 5 de la Ley para la Inclusión de las Personas con Discapacidad del Estado de México</p> |  |   |           |
| DOCUMENTO A OBTENER:  | No aplica   | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:              | No aplica ya que no se emite ningún documento                           |           |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:  | SI<br>N/<br>A   | NO<br>X  | DIRECCIÓN WEB   | NO APLICA |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:  | Por indicación del médico especialista.   |  |   |           |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA   | No aplica.  |  |   |           |
| REQUISITOS:   | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO  | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO,                                     |           |
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>   |   |  |   |           |
| INE del alumno en caso de ser mayor de edad.  | No  | 1  | <b>NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLINICO</b> |           |
| INE del tutor.  | No  | 1  |   |           |
| Comprobante de domicilio  | No  | 1  |   |           |
| Diagnostico medico  | No  | 1  |   |           |
| Carta responsiva  | No  | 1  |   |           |
| Croquis del domicilio   | No  | 1  |   |           |
| 2 fotografías infantiles a color o blanco y negro   | Si  | 1  |   |           |
| <b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>   |   |  |   |           |
| No aplica.  | No aplica   | No aplica.                                     | No aplica.  |           |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>   |   |  |   |           |
| No aplica.  | No aplica   | No aplica.                                     | No aplica.  |           |



|  |  |   |     |                                      |                   |   |             |  |     |           |
|--|--|---|-----|--------------------------------------|-------------------|---|-------------|--|-----|-----------|
| <b>PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO</b>      |  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. acude el paciente a solicitar atención ( lunes- jueves ) 08: a 08:30am</li> <li>2. pasa a consultorio médico se elabora hoja d pre-valoración.</li> <li>3. Si el paciente es candidato a manejo en el centro se agendará cita de lo contrario se realiza hoja de referencia a institución indicada</li> <li>4 paciente se retira con cita u hoja de referencia así como indicaciones generales</li> </ol> |     |                                      |                   |   |             |  |     |           |
| <b>PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA</b>                             |  | De acuerdo a la Agenda del especialista.  |     |                                      |                   |   |             |  |     |           |
| <b>COSTO:</b>  |  | <b>gratuito</b>   |     | <b>Fundamento Jurídico: gratuito</b> |                   |   |             |  |     |           |
| <b>FORMA DE PAGO:</b>  |  | EFFECTIVO   | N/A | TARJETA DE CRÉDITO                   | N/A               | TARJETA DE DÉBITO                         | N/A         | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)   | N/A |           |
| <b>DÓNDE PODRÁ PAGARSE:</b>                                  |  | No aplica.  |     |                                      |                   |   |             |  |     |           |
| <b>OTRAS ALTERNATIVAS:</b>                                   |  | No aplica.  |     |                                      |                   |   |             |  |     |           |
| <b>CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE</b>                   |  | No aplica.  |     |                                      |                   |   |             |  |     |           |
| <b>APLICACIÓN 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. |  |   |     |                                      |                   | Coordinación de Discapacidad.             |             |  |     |           |
| <b>TITULAR DE LA DEPENDENCIA:</b>                            |  | Profesora Olivia Arvizu de la Luz   |     |                                      |                   |   |             |  |     |           |
| <b>DOMICILIO:</b>  |  | <b>CALLE:</b>   |     |                                      |                   | No aplica                                 |             | <b>NO. INT. Y EXT.:</b>  |     | No aplica |
| <b>COLONIA:</b>  |  | No aplica   |     |                                      | <b>MUNICIPIO:</b> |   | No aplica   |  |     |           |
| <b>C.P.:</b>   |  | No aplica   |     | <b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b>   |                   | No aplica                                 |             |  |     |           |
| <b>LADA:</b>   |  | <b>TELÉFONOS:</b>   |     | <b>EXTS.:</b>                        |                   | <b>FAX:</b>                               |             | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>   |     |           |
| No aplica  |  | No aplica   |     | No aplica                            |                   | No aplica                                 |             | No aplica  |     |           |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>                |  |   |     |                                      |                   |   |             |  |     |           |
| <b>OFICINA:</b>  |  | Centro De Rehabilitación e Integración Social.  |     |                                      |                   |   |             |  |     |           |
| <b>NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:</b>                     |  | Andrea Acosta Bárcenas  |     |                                      |                   |   |             |  |     |           |
| <b>DOMICILIO:</b>  |  | <b>CALLE:</b>   |     |                                      |                   | Avenida Hacienda la Escondida             |             | <b>NO. INT. Y EXT.:</b>  |     | 21        |
| <b>COLONIA:</b>  |  | Unidad Habitacional Geo Santa Bárbara   |     |                                      | <b>MUNICIPIO:</b> |   | Ixtapaluca. |  |     |           |
| <b>C.P.:</b>   |  | 56585   |     | <b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b>   |                   | De lunes a Viernes de 08:20 a 15:15 h     |             |  |     |           |
| <b>LADA:</b>   |  | <b>TELÉFONOS:</b>   |     | <b>EXTS.:</b>                        |                   | <b>FAX:</b>                               |             | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>   |     |           |
| 55   |  | 2638 3055   |     | No aplica                            |                   | No aplica                                 |             | <a href="mailto:Coordisixt22.24@gmail.com">Coordisixt22.24@gmail.com</a> |     |           |
| <b>FORMATO(S) DESCARGABLES</b>                               |  | No aplica   |     |                                      |                   |   |             |  |     |           |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>                                 |  |   |     |                                      |                   |   |             |  |     |           |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 1:</b>                                 |  | ¿Qué costo tiene?   |     |                                      |                   |   |             |  |     |           |
| <b>RESPUESTA:</b>  |  | Es gratuito.  |     |                                      |                   |   |             |  |     |           |



|  |  |                         |
|--|--|-------------------------|
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 2:</b>   | ¿De qué edad puede asistir?  |                         |
| <b>RESPUESTA:</b>  | A partir de los 18 años  |                         |
| <b>PREGUNTA FRECUENTE 3:</b>   | ¿Qué actividades desarrollan?  |                         |
| <b>RESPUESTA:</b>  | Culturales, recreativas, deportivas, educativas.   |                         |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>   |  |                         |
| Trabajo social, Archivo, Psicología, Terapia ocupacional, Terapia física.  |  |                         |
| ELABORÓ:   | VISTO BUENO:   | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
| <br>C. Andrea Acosta Bárcenas<br>Coordinadora de Discapacidad | <br>Profesora Olivia Arvizu de la Luz<br>Presidenta Honorifica del SMDIF Ixtapaluca | 28/02/2025              |

