



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS 2023
CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | | |
|--|----|--|--|---|-----|
| NOMBRE: | | | TRÁMITE: | SERVICIO: | x |
| Certificado médico de discapacidad | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | Código de la Cédula | | IXT/DSI/CMD/008/2023. | |
| Se expide un certificado médico de discapacidad. Para ello, se realiza una valoración médica que permita determinar el estado del usuario, y la viabilidad de la expedición del documento. | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | | *Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. *Artículo 1 y 2 de la Ley General de Salud. *Artículo 388 de la Ley General de Salud. | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | | Certificado médico | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | SI | NO | DIRECCIÓN WEB | N/A | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | | Se brinda el certificado tras la revisión médica del paciente y la comprobación de la discapacidad. | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | | Sí, 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 anotar la palabra SI o NO | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | | |
| Identificación oficial | | SI | 0 | *Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. | |
| CURP del usuario (en caso de menores de edad) | | NO | 1 | *Artículo 1 y 2 de la Ley General de Salud. | |
| Antecedentes médicos donde conste el diagnóstico de discapacidad, emitida por una Institución Pública. | | SI | 0 | *Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. | |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | | | |
| N/A | | N/A | N/A | N/A | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | |
| N/A | | N/A | N/A | N/A | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | | Inmediato | | | |
| COSTO: | | Gratuito | | | |
| | | Fundamento Jurídico: Art. 27, fracción III, párrafo 3 de la Ley general de Salud. | | | |

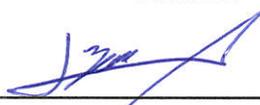


| | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|-----|--------------------|-----|-------------------|-----|----------------------------|-----|
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO | N/A | TARJETA DE CRÉDITO | N/A | TARJETA DE DÉBITO | N/A | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | N/A | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | N/A | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | Se brindará el servicio a toda persona que lo solicite, respetando así el derecho a la Salud plasmado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. | | | | | | | |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | El médico determinará si puede o no expedir el certificado médico de discapacidad, según la evaluación realizada al usuario | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------|-----|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | |
| Dirección de Salud | | | | Dirección de Salud | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | Dra. Fanny Fernanda Montoya Gallegos | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | Vigilantes | | | NO. INT. Y EXT.: | S/N | |
| COLONIA: | Centro | | | MUNICIPIO: | Ixtapaluca | | |
| C.P.: | 56530 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | Lunes a viernes, de 9:00 a 14:00 horas, y sábado de 9:00 a 12:00 horas | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| 55 | 59 72 14 72 | | N/A | N/A | salud@ixtapaluca22-24.com.mx | | |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | | | |
| OFICINA: | Sistema Municipal Para el Desarrollo Integral de la Familia Ixtapaluca | | | | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | Lcda. Gabriela Huaracha Mendoza | | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | Centenario | | | NO. INT. Y EXT.: | N/A | |
| COLONIA: | Centro | | | MUNICIPIO: | Ixtapaluca | | |
| C.P.: | 56530 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | Lunes a viernes, de 09:00 a 17:00 horas | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| 55 | 59 72 06 47 | | N/A | N/A | | | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | N/A | | | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿En qué días y horarios se realizan los certificados médicos de Discapacidad? | | | | | | |
| RESPUESTA: | Los certificados médicos pueden realizarse de lunes a viernes, de 9:00 am a 2:00 pm , y los días sábados, de 9:00 am a 12:00 pm | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿El certificado es válido para trámite de becas y apoyos municipales? | | | | | | |



| | |
|--------------------------------------|---|
| RESPUESTA: | Si, el certificado médico tiene validez, pues es emitido por la Dirección de Salud de Ixtapaluca, la cual es un organismo público que forma parte del Ayuntamiento de Ixtapaluca. |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿Es obligatorio presentar antecedentes médicos del paciente? |
| RESPUESTA: | Aunque no es obligatorio en el caso de discapacidades visibles (como en la pérdida o disfunción de las extremidades) se sugiere su presentación ya que esto permite al médico determinar la evolución y el grado de discapacidad del usuario. |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | |
| Consulta médica. Certificado médico. | |

| | | |
|--|---|--|
| ELABORÓ:  Zaira Guadalupe Martínez Fortanel Enlace de Mejora Regulatoria |  Dra. Fanny Fernanda Montoya Gallegos Directora de Salud | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23/02/2023. |
|--|---|--|