

## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

|  |   |  |  |           |                   |           |                            |           |
|--|---|--|--|-----------|-------------------|-----------|----------------------------|-----------|
| NOMBRE   |   | TRÁMITE  | SERVICIO   | X         |                   |           |                            |           |
| <b>Consulta médica de especialidad en rehabilitación. (DIF-VB-07)</b>  |   |  |  |           |                   |           |                            |           |
| DESCRIPCIÓN  |   |  |  |           |                   |           |                            |           |
| <p>Consiste en otorgar consulta médica de especialidad en rehabilitación a la población en general, con enfoque en las personas con discapacidad, que acuden a la Unidad de Rehabilitación e Integración Social; en la cual se establece un diagnóstico médico y una clave de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades; así como un tratamiento terapéutico que puede ser de tipo físico, ocupacional, de lenguaje, psicológico o de estimulación múltiple temprana; y un pronóstico de acuerdo a las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Se puede emitir un certificado médico de discapacidad, si la persona cumple con los criterios para establecer la condición de discapacidad de tipo motora, intelectual, sensorial o multidiscapacidad; el cual sirve para distintos trámites de acuerdo a convocatorias de Gobierno Estatal o Federal que se aperturan durante el año.</p> |   |  |  |           |                   |           |                            |           |
| FUNDAMENTO LEGAL:  | Reglas de operación de las Unidades Operativas de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, el cual se encuentra en el Diario Oficial de la Federación con fecha del 31 de diciembre de 1969 y en el Diario Oficial de la Federación con fecha del 28 de diciembre del 2019, artículo único. |  |  |           |                   |           |                            |           |
| DOCUMENTO A OBTENER:   | Conformación de:<br>1. Expediente clínico actualizado, 2. Receta médica, 3. Resumen médico o 4. Certificado médico.   | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:  | 1. Cinco años a partir de la última nota, 2. Sin vigencia, 3. Tres a seis meses. 4. Tres a seis meses.                     |           |                   |           |                            |           |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?  | SI  | NO x   | DIRECCIÓN WEB  | NO APLICA |                   |           |                            |           |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE  | Cuando una persona solicita recibir atención en la Unidad de Rehabilitación e Integración Social.   |  |  |           |                   |           |                            |           |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTA SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA  | Sujeto a supervisión de COFEPRIS y de la Dirección de Atención a la Discapacidad del Estado de México.  |  |  |           |                   |           |                            |           |
| REQUISITOS:  | ORIGINAL  | COPIAS:  | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO   |           |                   |           |                            |           |
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>  |   |  |  |           |                   |           |                            |           |
| 1.- Cita previa.   | NO  | 0  | Reglas de operación de las Unidades Operativas del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México. |           |                   |           |                            |           |
| 2.- Pago de \$50.00.   | SI  | 0  |  |           |                   |           |                            |           |
| 3.- Acta de nacimiento o credencial de elector (dependiendo la edad).  | SI  | 1  |  |           |                   |           |                            |           |
| 4.- Clave Única de Registro de Población.  | 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  |           |                   |           |                            |           |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA  |   | Tres meses, dependiendo de agenda.   |  |           |                   |           |                            |           |
| COSTO  | \$50.00-\$50.00   | Fundamento Jurídico, Se fundamenta en la Séptima Sesión Extraordinaria de la Junta de Gobierno del Sistema Municipal DIF con fecha 20 de Febrero 2020. |  |           |                   |           |                            |           |
| FORMA DE PAGO  | EFFECTIVO   | X  | TARJETA DE CRÉDITO   | NO APLICA | TARJETA DE DÉBITO | NO APLICA | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | NO APLICA |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:   | En las instalaciones de la Unidad de Rehabilitación e Integración Social.   |  |  |           |                   |           |                            |           |
| OTRAS ALTERNATIVAS   | NO APLICA   |  |  |           |                   |           |                            |           |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE  | El servicio se otorga siempre y cuando el usuario cumpla con los requisitos, y haya espacio en la agenda.   |  |  |           |                   |           |                            |           |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA  | NO APLICA   |  |  |           |                   |           |                            |           |



|  |  |                                |   |   |  |
|--|--|--------------------------------|---|---|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO  |  |                                |   | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE                                 |  |
| Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Valle de Bravo. |  |                                |   | Departamento de Atención Integral para personas con Discapacidad. |  |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA  |  | JOSEFINA AIDEÉ RIVERA VERGARA  |   |   |  |
| DOMICILIO  | CALLE:   | Boulevard Juan Herrera y Piña. | NO. INT. Y EXT.:                          | S/<br>N   |  |
| COLONIA:   | El Calvario.   | MUNICIPIO:                     | Valle de Bravo.                           |   |  |
| C.P.:  | 51200  | HORARIO Y DÍAS DE ATENCION:    | De lunes a viernes de 9:00 a 17:00 horas. |   |  |
| LADA:  | TELEFONOS:   | EXTS:                          | FAX:                                      | CORREO ELECTRONICO  |  |
| No aplica  | 726-26-2-34-87   | NO APLICA                      | NO APLICA                                 | smdifvalledebravodireccion@gmail.com                              |  |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>                                  |  |                                |   |   |  |
| OFICINA:   | NO APLICA  |                                |   |   |  |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:  | NO APLICA  |                                |   |   |  |
| DOMICILIO:   | CALLE:   | NO APLICA                      | NO. INT. Y EXT.:                          | NO APLICA   |  |
| COLONIA:   | NO APLICA  | COLONIA:                       | NO APLICA                                 |   |  |
| C.P.:  | NO APLICA  | C.P.:                          | NO APLICA                                 |   |  |
| LADA:  | TELEFONOS:   | LADA:                          | TELEFONOS:                                | LADA:   |  |
| NO APLICA  | NO APLICA  | NO APLICA                      | NO APLICA                                 | NO APLICA   |  |
| FORMATO(S) DESCARGABLES  | NO APLICA  |                                |   |   |  |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>   |  |                                |   |   |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:  | ¿Es necesario agendar cita para la atención?                     |                                |   |   |  |
| RESPUESTA:   | Es indispensable.  |                                |   |   |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:  | ¿Piden alguna referencia de algún hospital para que me atiendan? |                                |   |   |  |
| RESPUESTA:   | No es necesario.   |                                |   |   |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:  | ¿Necesito algún documento previo para solicitar una consulta?    |                                |   |   |  |
| RESPUESTA:   | Únicamente datos de registro                                     |                                |   |   |  |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>                                       |  |                                |   |   |  |
| NO APLICA  |  |                                |   |   |  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <br><b>ELABORÓ</b><br><br>RODRIGO TREJO GONZÁLEZ<br>ENLACE DE MEJORA REGULATORIA DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF DE VALLE DE BRAVO | <b>VISTO BUENO</b><br><br><br>JOSEFINA AIDEÉ RIVERA VERGARA<br>DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF DE VALLE DE BRAVO | <b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b><br><br>01/03/2024 |
|--|--|--|