

## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN COORDINACIÓN MÉDICA ODONTOLÓGICA Y DE DISCAPACIDAD.

|  |    |         |                                    |  |   |   |
|--|----|---------|------------------------------------|--|---|---|
| NOMBRE:  |    |         |                                    | TRÁMITE:                                       | SERVICIO  | X |
| Nebulización   |    |         |                                    |  |   |   |
| DESCRIPCIÓN:   |    |         |                                    |  |   |   |
| Las nebulizaciones se aplican con un aparato que divide los medicamentos líquidos en muy pequeñas gotas, este servicio se aplica en pacientes con problemas respiratorios o cuando el médico tratante crea conveniente.  |    |         |                                    |  |   |   |
| FUNDAMENTO LEGAL:  |    |         |                                    |  |   |   |
| Artículo 1 y 3 de la ley que crea los organismos públicos descentralizados de asistencia social de carácter municipal denominados sistemas municipales para el desarrollo integral de la familia.<br>Ley general de salud.<br>Ley de salud del Estado de México..<br>Norma oficial mexicana nom-016-ssa3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.<br>Norma oficial mexicana nom-019-ssa3-2013, para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud. |    |         |                                    |  |   |   |
| DOCUMENTO A OBTENER:   |    |         |                                    | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:              | La señalada en el documento   |   |
| Receta médica y acuse de recibo de pago  |    |         |                                    |  |   |   |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:   | SI | NO<br>X | DIRECCIÓN WEB                      | No aplica                                      |   |   |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:   |    |         | Cuando se solicita el servicio     |  |   |   |
| 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>  |    |         |                                    |  |   |   |
| 1.- Acuse de recibo de pago  |    |         | Si                                 | No aplica                                      | Artículo 39 fracciones XIII del Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tultitlán, México |   |
| <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   |   |

|  |   |                      |                    |    |                   |    |                            |    |
|--|---|----------------------|--------------------|----|-------------------|----|----------------------------|----|
| DURACIÓN DEL TRÁMITE:                        | 10 minutos  | TIEMPO DE RESPUESTA: | 15 minutos         |    |                   |    |                            |    |
| COSTO:                                       | Fundamento jurídico: Acta de la primera sesión Ordinaria del año 2022 de la junta de Gobierno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tultitlan, México, Administración 2022-2024, De fecha cuatro de Enero del Año dos mil veintidós. |                      |                    |    |                   |    |                            |    |
| \$150.00 Dependiendo del horario de atención |   |                      |                    |    |                   |    |                            |    |
| FORMA DE PAGO:                               | EFFECTIVO   | SI                   | TARJETA DE CRÉDITO | NO | TARJETA DE DÉBITO | NO | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | NO |

|   |   |   |             |                                   |
|---|---|---|-------------|-----------------------------------|
| <b>DÓNDE PODRÁ PAGARSE:</b>   | Cajas de las Unidades del Sistema Municipal DIF en donde se solicita el servicio. |   |             |                                   |
| <b>OTRAS ALTERNATIVAS:</b>  | No aplica   |   |             |                                   |
| <b>CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE</b>                                | Siempre que cumpla con los requisitos   |   |             |                                   |
| <b>DEPENDENCIA U ORGANISMO:</b>   |   | <b>UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:</b>           |             |                                   |
| Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tultitlán. |   | Coordinación Médica, Odontológica y de Discapacidad |             |                                   |
| <b>TITULAR DE LA DEPENDENCIA:</b>   |   | Lic. Wendy Lucelly Velasco Rojas                    |             |                                   |
| <b>DOMICILIO:</b>   | <b>CALLE:</b> Avenida San Antonio   | <b>NO. INT. Y EXT.:</b>                             | 22          |                                   |
| <b>COLONIA:</b>   | Barrio San Bartolo  | <b>MUNICIPIO:</b>                                   | Tultitlán   |                                   |
| <b>C.P.:</b> 54900  | <b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b> Lunes a Viernes de 09:00 a 18:00 hrs.          |   |             |                                   |
| <b>LADA:</b>  | <b>TELÉFONOS:</b>   | <b>EXTS.:</b>                                       | <b>FAX:</b> | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>        |
| 55  | 51221440  | 5110  | No aplica   | medicadental.dif@tultitlan.gob.mx |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>                             |   |   |             |                                   |
| <b>OFICINA:</b>   | Clínica Cabecera  |   |             |                                   |
| <b>NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:</b>                                  |   | C.D. José Oswaldo Cornejo Gallardo                  |             |                                   |
| <b>DOMICILIO:</b>   | <b>CALLE:</b> Avenida San Antonio   | <b>NO. INT. Y EXT.:</b>                             | 22          |                                   |
| <b>COLONIA:</b>   | Barrio San Bartolo  | <b>MUNICIPIO:</b>                                   | Tultitlán   |                                   |
| <b>C.P.:</b> 54900  | <b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b> 365 días del año                               |   |             |                                   |
| <b>LADA:</b>  | <b>TELÉFONOS:</b>   | <b>EXTS.:</b>                                       | <b>FAX:</b> | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>        |
| 55  | 51221440  | 5110  | No aplica   | medicadental.dif@tultitlan.gob.mx |
| <b>FORMATO(S) DESCARGABLES</b>  | No aplica   |   |             |                                   |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>                             |   |   |             |                                   |
| <b>OFICINA:</b>   | Clínica Buenavista  |   |             |                                   |
| <b>NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:</b>                                  |   | C.D. José Oswaldo Cornejo Gallardo                  |             |                                   |
| <b>DOMICILIO:</b>   | <b>CALLE:</b> Avenida Ampliación Chilpancingo                                     | <b>NO. INT. Y EXT.:</b>                             | Sin numero  |                                   |
| <b>COLONIA:</b>   | Colonia Ampliación Buenavista   | <b>MUNICIPIO:</b>                                   | Tultitlán   |                                   |
| <b>C.P.:</b> 54955  | <b>HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:</b> 365 días del año                               |   |             |                                   |
| <b>LADA:</b>  | <b>TELÉFONOS:</b>   | <b>EXTS.:</b>                                       | <b>FAX:</b> | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>        |
| 55  | 92098415  | No aplica   | No aplica   | medicadental.dif@tultitlan.gob.mx |
| <b>FORMATO(S) DESCARGABLES</b>  | No aplica   |   |             |                                   |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>                             |   |   |             |                                   |
| <b>OFICINA:</b>   | Clínica Tejados   |   |             |                                   |
| <b>NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:</b>                                  |   | C.D. José Oswaldo Cornejo Gallardo                  |             |                                   |

|                            |             |                             |                  |           |                                   |         |
|----------------------------|-------------|-----------------------------|------------------|-----------|-----------------------------------|---------|
| DOMICILIO:                 | CALLE:      | 3ra Cerrada de Tórtolas     |                  |           | NO. INT. Y EXT.:                  | LOTE 55 |
| COLONIA:                   | Los Tejados |                             | MUNICIPIO:       | Tultitlán |                                   |         |
| C.P.:                      | 54930       | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | 365 días del año |           |                                   |         |
| LADA:                      | TELÉFONOS:  |                             | EXTS.:           | FAX:      | CORREO ELECTRÓNICO:               |         |
| 55                         | 88685267    |                             | No aplica        | No aplica | medicadental.dif@tultitlan.gob.mx |         |
| FORMATO(S)<br>DESCARGABLES | No aplica   |                             |                  |           |                                   |         |

### INFORMACIÓN ADICIONAL

|  |  |
|--|--|
| PREGUNTA FRECUENTE 1:                    | ¿Qué necesito para solicitar una nebulización?                         |
| RESPUESTA:                               | El pago correspondiente, receta médica y su medicamento.               |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:                    | ¿A mi hija la están nebulizando puede ir a la escuela?                 |
| RESPUESTA:                               | si puede hacer su vida cotidiana solo se recomienda use cubre bocas    |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:                    | ¿Si olvido mi medicamento para nebulizar lo puedo comprar con ustedes? |
| RESPUESTA:                               | Si lo tenemos en existencia, si se podría vender.                      |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b> |  |
| No aplica                                |  |

|   |   |                         |
|---|---|-------------------------|
| Elaboró:  | Visto Bueno:  | Fecha de Actualización: |
|                |  | Septiembre/2022         |
| Coordinador del Área Médica Odontológica y de Discapacidad<br>C.D. José Oswaldo Cornejo Gallardo. | Directora General<br>Lic. Wendy Lucelly Velasco Rojas.                              |                         |

