



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|--|--|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | | SERVICIO: | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| CONSULTA DE PSICOLOGIA | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | Código de la Cédula: 06 | | | | | |
| CONSISTE EN: BRINDAR UNA ATENCIÓN INDIVIDUAL O GRUPAL CON LA FINALIDAD DE RECIBIR UNA ORIENTACIÓN, CAPACITACIÓN, EVALUACIÓN, INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO, PARA FORTALECER LAS HERRAMIENTAS INTELECTUALES Y EMOCIONALES QUE AYUDEN A MANTENER LA SALUD METAL DEL INDIVIDUO. | | | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | | <ol style="list-style-type: none"> 1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS: ART 4 2. LEY GENERAL DE SALUD: ART. 1, ART. 2 ART 3 NUMERAL 1, ART 6 NUMERAL 1,3, ART 17 BIS, ART 24, ART 25, ART 27, ART 30, ART 32, ART 34, ART 35, ART 50, ART 51, ART 51 BIS, ART 51 BIS 2, ART 521 BIS 3, ART 53, ART 54, ART 77 BIS 37, ART 78, ART 79, ART 167, ART 168, ART 173-178 3. LEY GENERAL PARA LA INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD ART 1 FRAC 1,56,60,67,69 4. LEY DE ASISTENCIA SOCIAL ART 9 5. LEY DE ASISTENCIA SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO ART 9, 13 , 17, 18, 41, 6. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. 7. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-015-SSA3-2012, PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD. <p>NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-031-SSA3-2012. ASISTENCIA SOCIAL. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL A ADULTOS Y ADULTOS MAYORES EN SITUACIÓN DE RIESGO Y VULNERABILIDAD..</p> | | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | | FICHA DE PAGO | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | | 1 HORA | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | DIRECCIÓN WEB | | NO APLICA | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | | CUANDO EL PACIENTE PRESENTA UN CUADRO CLÍNICO QUE ALTERE SU ESTABILIDAD EMOCIONAL EN GENERAL POR CUESTIONES DE ÍNDOLE BIOPSIOSOCIAL EN CUALQUIER ETAPA DE LA VIDA DEL USUARIO. | | | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTA SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | | LA INSPECCIÓN LA REALIZA DIF DEL ESTADO DE MÉXICO DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD PROGRAMA UNIDADES OPERATIVAS DE REHABILITACIÓN | | | | | |
| REQUISITOS: | | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO | | COPIAS anotar con numero la cantidad de copias | | FUNDAMENTO JURIDICO-ADMINISTRATIVO. | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | | | | |
| FICHA DE PAGO | | SI | | N/A | | 1- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. NUM. 4.4 2- LA FICHA DE PAGO SIRVE COMO ELEMENTO DE COMPROBACIÓN DE ACTIVIDADES, ASÍ COMO PARA GENERAR LA ESTADÍSTICA CORRESPONDIENTE PARA EL REPORTE MENSUAL, ADEMÁS DE SER EL PASE DE ENTRADA PARA EL SERVICIO SOLICITADO POR EL PACIENTE | |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | | | | | |
| N/A | | N/A | | N/A | | N/A | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | | | |
| N/A | | N/A | | N/A | | N/A | |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO | | LLEGA A LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL (URIS), ACUDIR A CAJA EL DÍA Y EN EL HORARIO INDICADO PARA REALIZA SU PAGO DE LA CONSULTA PASAR A LA ATENCIÓN PSICOLOGÍA TERMINAR SU SESIÓN DE 45 MINUTOS Y DESPUÉS RETIRARSE DE LA UNIDAD | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | | 15 MINUTOS | | | | | |
| COSTO: | | <p>\$ 30.00</p> <p>Fundamento Jurídico: "LEY QUE CREA LOS ORGANISMOS PÚBLICOS DESCENTRALIZADOS DE ASISTENCIA SOCIAL, DE CARACTER MUNICIPAL, DENOMINADOS "SISTEMAS MUNICIPALES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA" CAPÍTULO SEGUNDO Patrimonio Artículo 4.- IV. Los rendimientos, recuperaciones, bienes, derechos y demás ingresos que le generen sus inversiones, bienes y operaciones; ACTA DE INSTALACIÓN Y PRIMERA SESIÓN ORDINARIA DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE SAN JOSÉ DEL RINCÓN, ESTADO DE MÉXICO, PARA EL PERIODO 2022-2024. Punto No. XII Aprobación de los precios de los servicios del Sistema municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de San José del Rincón.</p> | | | | | |
| FORMA DE PAGO: | | EFECTIVO <input checked="" type="checkbox"/> | | X | | TARJETA DE DÉBITO <input type="checkbox"/> | |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | | EN CAJA DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL. | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | | N/A | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE | | SI EL PACIENTE PAGA LA FICHA CORRESPONDIENTE, SI CUMPLE CON LA CITA ESTABLECIDA POR EL TERAPEUTA, | | | | | |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | | N/A | | | | | |



| | | | | | | | |
|---|---|------------------------------------|--|---|----------------------------------|-----|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | |
| SISTEMA MUNICIPAL DIF SAN JOSÉ DEL RINCÓN | | | | UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | DRA. AMÉRICA SELENE ROLDÁN VÁZQUEZ | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | CARRETERA SALIDA A ANGANGUEO | | | NO. INT. Y EXT.: | N/A | |
| COLONIA: | CENTRO | | | MUNICIPIO: | SAN JOSÉ DEL RINCÓN | | |
| C.P.: | 50660 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | LUNES A VIERNES DE 09:00 AM A 05:00 PM | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| N/A | 71-21-71-57-36 | | N/A | N/A | dif.sanjosedelrincon22@gmail.com | | |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | | | |
| OFICINA: | N/A | | | | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | N/A | | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | N/A | | | NO. INT. Y EXT.: | N/A | |
| COLONIA: | N/A | | | MUNICIPIO: | N/A | | |
| C.P.: | N/A | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | N/A | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| N/A | N/A | N/A | | N/A | N/A | | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | N/A | | | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿ATIENDEN CUALQUIER TIPO DE TRASTORNOS MENTALES? | | | | | | |
| RESPUESTA: | SI, SIEMPRE Y CUANDO SEAN PACIENTES QUE NO AMERITEN HOSPITALIZACION | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿ATIENDEN SIN CITA? | | | | | | |
| RESPUESTA: | NO, POR LA DEMANDA EN EL SERVICIO SE TIENDE A LLEVAR UNA AGENDA, CUALQUIER PERSONA PUEDE TENER UNA CITA | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿CUANTO DURA EL TRATAMIENTO? | | | | | | |
| RESPUESTA: | EL TIEMPO DE TRATAMIENTO ES RELATIVO AL MOTIVO DE CONSULTA, LA SESIÓN DURA 45 MINUTOS Y SE CUENTA COMO REFERENCIA UN MÍNIMO DE 10 SESIONES POR PACIENTE | | | | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | | | |
| N/A | | | | | | | |

| | | |
|--|---|-------------------------|
| ELABORÓ: | VISTO BUENO: | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
| | | 21/02/2024 |
| DR. ARRACID IAN GARCÍA BARRIOS TORRES COORDINADOR DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL | DRA. AMÉRICA SELENE ROLDÁN VÁZQUEZ PRESIDENTA HONORÍFICA DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF SAN JOSÉ DEL RINCÓN | |

