



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | | | |
|--|--|--|--|------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| NOMBRE: | | | | TRÁMITE: | SERVICIO: | X |
| CRIOCIRUGIA | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | | | | |
| ES UN PROCEDIMIENTO PARA CONGELAR Y DESTRUIR EL TEJIDO ANORMAL EN EL CUELLO UTERINO, SE PUEDEN TRATAR TANTO LESIONES BENIGNAS COMO MALIGNAS. | | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | <p>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.</p> <p>LEY GENERAL DE SALUD.</p> <p>LEY DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO.</p> <p>NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.</p> <p>NOMA OFICIAL MEXICANA NOM-016-SSA3-2012, QUE ESTABLECE LAS CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE HOSPITALES Y CONSULTORIOS DE ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA.</p> <p>NOMA OFICIAL MEXICANA NOM-019-SSA3-2013, PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.</p> | | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | RECETA MÉDICA Y ACUSE DE RECIBO DE PAGO | | | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | LA SEÑALADA EN EL DOCUMENTO |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | SI | NO X | DIRECCIÓN WEB | N/A | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | CUANDO SE SOLICITA EL SERVICIO | | | | | |
| REQUISITOS: | ORIGINAL ANOTAR LA PALABRA SI O NO | COPIAS ANOTAR CON NÚMERO LA CANTIDAD DE COPIAS | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, | | | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | | | |
| 1.- COMPROBANTE DE PAGO | SI | N/A | REGLAMENTO INTERNO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE TULTITLÁN, MÉXICO. | | | |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | | | | |
| N/A | N/A | N/A | N/A | | | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | | |
| N/A | N/A | N/A | N/A | | | |
| DURACIÓN DEL TRÁMITE: | 10 MINUTOS | | TIEMPO DE RESPUESTA: | 40 MINUTOS | | |
| COSTO: | \$2,400.00 DEPENDIENDO DEL HORARIO DE ATENCIÓN | | Fundamento Jurídico CUARTA SESIÓN ORDINARIA DE LA JUNTA DE GOBIERNO DEL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DE ASISTENCIA SOCIAL DENOMINADO SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE TULTITLÁN, ESTADO DE MÉXICO; ADMINISTRACIÓN. 2019-2021. DE FECHA TREINTA DE ABRIL DEL AÑO DOS MIL DIECINUEVE. | | | |
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO | SI | TARJETA DE CRÉDITO | NO | TARJETA DE DÉBITO | NO |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | CAJAS DE LAS UNIDADES DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF, EN DONDE SE SOLICITA EL SERVICIO. | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | N/A | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE | SIEMPRE QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS | | | | | |



| | | | | | | | |
|---|---------------------------------|---|--------|---|-----------------------------------|------------|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE TULTITLÁN. | | | | COORDINACIÓN MÉDICA, ODONTOLÓGICA Y DE DISCAPACIDAD | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | | | C. ROSA MARÍA GARCÍA GUERRA | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | AVENIDA SAN ANTONIO | | | NO. INT. Y EXT.: | 22 | |
| COLONIA: | BARRIO SAN BARTOLO | | | MUNICIPIO: | TULTITLÁN | | |
| C.P.: | 54900 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | LUNES A VIERNES DE 09:00 A 18:00 HRS. | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| 55 | 51221440 | | N/A | N/A | direccion.dif@tultitlan.gob.mx | | |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | | | |
| OFICINA: | | CLÍNICA CABECERA | | | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | | C.D. JOSÉ OSWALDO CORNEJO GALLARDO | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | AVENIDA SAN ANTONIO | | | NO. INT. Y EXT.: | 22 | |
| COLONIA: | BARRIO SAN BARTOLO | | | MUNICIPIO: | TULTITLÁN | | |
| C.P.: | 54900 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | JUEVES Y VIERNES 09:00 A 14:00 HRS | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| 55 | 51221450 | | N/A | N/A | medicadental.dif@tultitlan.gob.mx | | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | | N/A | | | | | |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | | | |
| OFICINA: | | CLÍNICA DE LA MUJER | | | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | | C.D. JOSÉ OSWALDO CORNEJO GALLARDO | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | CALLE OAXACA | | | NO. INT. Y EXT.: | SIN NUMERO | |
| COLONIA: | PUEBLO SAN PABLO DE LAS SALINAS | | | MUNICIPIO: | TULTITLÁN | | |
| C.P.: | 54955 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | MIÉRCOLES 09:00 A 14:00 HRS. | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| 55 | 58838583 | | N/A | N/A | medicadental.dif@tultitlan.gob.mx | | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | | | | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | | ¿A QUÉ EDAD SE PUEDE HACER UNA CRIOCIRUGÍA? | | | | | |
| RESPUESTA: | | A PARTIR DE LOS 18 AÑOS | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | | ¿CUALES SON LOS FACTORES DE RIESGO? | | | | | |
| RESPUESTA: | | MÚLTIPLES PAREJAS, INFIDELIDAD, FUMAR POR MENCIONAR ALGUNAS | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | | ¿ME COBRAN LA REVISIÓN DESPUÉS DE MI CRIOCIRUGÍA? | | | | | |
| RESPUESTA: | | SI | | | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | | | |
| N/A | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| ELABORÓ: C. PAULINA TINAJERO DIAZ ENLACE DE MEJORA REGULATORIA DEL SMDIF, TULTITLÁN | VISTO BUENO: C. ROSA MARÍA GARCÍA GUERRA DIRECTORA DEL SMDIF, TULTITLÁN | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 20 / 07 / 2020 |
|---|---|---|



Tultitlán
2019 - 2021

