



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS

CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:				TRÁMITE:		SERVICIO:		X
Consulta Médica de Especialidad								
DESCRIPCIÓN:			CÓDIGO DE LA CÉDULA				DIF/11	
Se brinda Consulta Médica de Rehabilitación a la población con Discapacidad temporal o Permanente								
FUNDAMENTO LEGAL:								
Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios								
DOCUMENTO A OBTENER:			No Aplica		VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:		No Aplica	
¿SE REALIZA EN LÍNEA?:		Si	No	X	DIRECCIÓN WEB		No Aplica	
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:			Cuando la población lo solicite					
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA			Este servicio no necesita verificación					
REQUISITOS:			ORIGINAL anotar la palabra SI o NO		COPIAS anotar con número la cantidad de copias		FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO	
PERSONAS FÍSICAS								
1. Referencia Médica			Si	1	Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios, Artículo 24			
2. Comprobante de Pago			Si	1				
PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS								
No aplica			No	No Aplica	No Aplica			
INSTITUCIONES PÚBLICAS								
No aplica			No	No Aplica	No Aplica			
PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO								
MODALIDAD PRESENCIAL			MODALIDAD EN LÍNEA			MODALIDAD TELEFÓNICA		

1- Acudir 20 minutos antes de su cita		No Aplica			No Aplica					
2- Pagar el servicio en el área de caja del CRIS										
3- Pasar a toma de signos vitales										
4- Pasa a consulta con médico especialista										
5- Recibe indicaciones para agendar cita de acuerdo a su tratamiento										
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA		30 Minutos								
COSTO:		De \$70.00 A \$ 120.00 Segun Estudio Socioeconomico		FUNDAMENTO JURÍDICO			Acta de la Segunda Sesión Ordinaria de la Junta de Gobierno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia 2025-2027			
FORMA DE PAGO:		EFFECTIVO	Si	TARJETA DE CRÉDITO	No	TARJETA DE DÉBITO	No	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)	No	
DÓNDE PODRÁ PAGARSE:		En la caja del Centro de Rehabilitación								
OTRAS ALTERNATIVAS:		No Aplica								
CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE		Solo se otorgará el servicio si el paciente cumple con los requisitos								
APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA		No								
DEPENDENCIA U ORGANISMO:				UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:						
DIF				Subdirección del Centro de Rehabilitación e Integración Social						
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:		José Luis Camacho Granados								
DOMICILIO:		CALLE:			Nezahualcoyotl			NO. INT. Y EXT.:		S/N
COLONIA:		Casco de San Juan			MUNICIPIO:		Chalco			
C.P.:		56600		HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:			Lunes a Viernes de 07:00 a 14:40 hrs.			
LADA:		TELÉFONOS:		EXTS.:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:		
55		5559756931		No Aplica				centroderehabilitacion@difchalco.gob.mx		
OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO										
OFICINA:		No Aplica								
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:		No Aplica								

DOMICILIO:	CALLE:	No Aplica	NO. INT. Y EXT.:	No Aplica
COLONIA:	No Aplica	MUNICIPIO:	No Aplica	
C.P.:	No Aplica	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:	No Aplica	
LADA:	TELÉFONOS:	EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:
No Aplica	No Aplica	No Aplica		No Aplica

FORMATO(S) DESCARGABLES No

INFORMACIÓN ADICIONAL

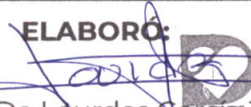

PREGUNTA FRECUENTE 1:	¿Me pueden atender si llego tarde a la cita?
RESPUESTA:	No
PREGUNTA FRECUENTE 2:	¿Después de cuánto tiempo me dan de alta?
RESPUESTA:	La Nom 015 Dice que el tratamiento de rehabilitación es de duración limitada, con un objetivo definido según su patología
PREGUNTA FRECUENTE 3:	Con Mi Tratamiento Podre Mejorar Mi Estado De Salud Físico
RESPUESTA:	Depende De Como Reaccione Su Organismo Al Tratamiento

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS

No Aplica

PROTESTA CIUDADANA	QUEJAS O DENUNCIAS
---------------------------	---------------------------

<p>¿Te negaron injustificadamente tu trámite o servicio? ¿Te solicitaron requisitos adicionales a los que están establecidos en esta ficha de trámites o servicio? ¿Tienes alguna queja del servidor Público que te atendió?</p> <p align="center">Presenta una PROTESTA CIUDADANA</p> <p>Presencial: En la Coordinación General Municipal de Mejora Regulatoria, Planta Alta del Palacio Municipal, Reforma 4, Col. Centro, Chalco, Estado de México, C.P. 56600</p> <p>Telefónica: 55 59 72 82 80 Ext. 2269</p> <p>Electrónica: En el micrositio de Mejora regulatoria https://gobiernodechalco.gob.mx/protesta-ciudadana</p>	<p align="center">Ante el Órgano Interno de Control Municipal</p> <p align="center">Cerro el Coletto Mz 79 Lt I, Zona 6, Conj. Urbano Los Héroes Chalco, C.P. 56644</p> <p align="center">Tel. 55 59 73 04 22</p> <p align="center">organointernodecontrol@chalco.gob.mx</p>
--	---

<p>ELABORÓ:</p>  <p>C. María De Lourdes García ENLACE DE LA DEPENDENCIA</p>	<p>VISTO BUENO:</p>  <p>Dr. José Luis Camacho Granados TITULAR DE LA DEPENDENCIA</p>	<p>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</p> <p align="center">2025-11-26</p>
--	---	--

