



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:				TRÁMITE:	SERVICIO: X				
REHABILITACIÓN ESTOMATOGNÁTICA DE PRIMER NIVEL (SERVICIO ODONTOLÓGICO)									
DESCRIPCIÓN:			Código de la Cédula						
<p>SE BRINDA ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA ORAL QUE INTERVIENE LA REHABILITACIÓN DE LA FUNCIÓN DE MASTICACIÓN SUCCIÓN Y DEGLUCIÓN QUE POR ALGUNA SITUACIÓN PATOLÓGICA SE LLEGUE A PRESENTAR EN LA PERSONA VULNERABLE DE LA LOCALIDAD DE MALINALCO, EL CUAL ABARCA COLOCACIÓN DE RESINA, PROFILAXIS, DETARTRAJE, EXTRACCIONES, PULPOTOMIAS, COLOCACIÓN DE SELLADORES, CONTROL DE PLACA, ENTRE OTROS.</p>									
FUNDAMENTO LEGAL:		NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-013-SSA2-2015 COMISIÓN DE ALBITRAJE MÉDICO LEGISLACIÓN MEXICANA EN OSONTOLOGÍA COFEPRIS							
DOCUMENTO A OBTENER:		EXPEDIENTE CLÍNICO SEGÚN LA NORMA 004		VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: HASTA QUE SE OTORQUE Y SE REHABILITE LA SALUD BUCAL DEL PACIENTE, SIN ALTERAR LOS NIVELES DE SALUD QUE EXISTEN EN MÉXICO.					
¿SE REALIZA EN LÍNEA?:		SI	NO X	DIRECCIÓN WEB NA					
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:		CUANDO LA PERSONA PRESENTE DOLOR, INCOMODIDAD Y/O PÉRDIDA DE LA FUNCIÓN MASTICATORIA							
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA		SE VERIFICA EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE Y EL NIVEL DE ATENCIÓN PARA PODER REALIZAR EL SERVICIO ODONTOLÓGICO PRIMARIO							
REQUISITOS:		ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO.					
PERSONAS FÍSICAS									
NA		NA	NA	NA					
PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS									
NA		NA	NA	NA					
INSTITUCIONES PÚBLICAS									
NA		NA	NA	NA					
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA									
COSTO:		DEPENDE DEL TRATAMIENTO		Fundamento Jurídico NA					
FORMA DE PAGO:		EFFECTIVO	SI	TARJETA DE CRÉDITO	NO	TARJETA DE DÉBITO	NO	EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS)	NO
DÓNDE PODRÁ PAGARSE:		RECEPCIÓN DEL ÁREA DEL SM DIF MALINALCO							
OTRAS ALTERNATIVAS:		NA							
CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE		NA							
APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA		NA							



DEPENDENCIA U ORGANISMO:				UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:			
SISTEMA MUNICIPAL DIF				SISTEMA MUNICIPAL DIF			
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:		ANALIA PALACIOS GONZÁLEZ					
DOMICILIO:	CALLE:	CARR. MALINALCO CHALMA			NO. INT. Y EXT.:	SN	
COLONIA:	BARRIO SAN JUAN			MUNICIPIO:	MALINALCO		
C.P.:	52440	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:		8:00 – 16:00 DE LUNES A VIERNES			
LADA:	TELÉFONOS:		EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:		
714	1470353		NA	NA	difmalinalco023@gmail.com		
714	1471054						
OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO							
OFICINA:		DIF ESTATAL					
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:							
DOMICILIO:	CALLE:	PASEO COLÓN Y TOLLOCAN			NO. INT. Y EXT.:	SN	
COLONIA:	UNIVERSIDAD			MUNICIPIO:	TOLUCA DE LERDO		
C.P.:	50170	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:		9:00 – 17:00 DE LUNES A VIERNES			
LADA:	TELÉFONOS:		EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:		
722	2173900		NA	NA	difem@edomex.gob.mx		
FORMATO(S) DESCARGABLES		NA					
INFORMACIÓN ADICIONAL							
PREGUNTA FRECUENTE 1:		NA					
RESPUESTA:		NA					
PREGUNTA FRECUENTE 2:		NA					
RESPUESTA:		NA					
PREGUNTA FRECUENTE 3:		NA					
RESPUESTA:		NA					
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS							
NA							

<p>ELABORÓ:</p> <p>C.D. CESAR MARTINEZ GARDUÑO</p> <hr/> <p>NOMBRE COMPLETO</p>	<p>VISTO BUENO:</p> <p>ANALIA PALACIOS GONZÁLEZ</p> <hr/> <p>NOMBRE COMPLETO</p>	<p>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</p> <p>15/02/2024.</p>
--	---	---

