



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

