

REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS

CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | |
|---|---|--|-----------------------------------|----------|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | SERVICIO: | x |
| TERAPIA DE LENGUAJE A PERSONAS CON DISCAPACIDAD | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | | |
| Valoración, diagnóstico y tratamiento a través de la terapia de lenguaje para una adecuada rehabilitación a personas con discapacidad que presenten un trastorno de lenguaje. | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | | <p>NORMA TÉCNICA OFICIAL MEXICANA NOM-015-SSA3-2012 para la atención integral a personas con discapacidad publicadas en el diario oficial de la federación de fecha 30 de noviembre del año 2012.</p> <p>NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012 expediente clínico, publicado en el diario oficial de la federación de fecha 14 de septiembre de 2012.</p> | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | Nota de evolución en expediente clínico | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | N/A |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | SI | NO x | DIRECCIÓN WEB | N/A |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | Pacientes valorados por médico especialista de la Unidad de Rehabilitación e Integración Social U.R.I.S que diagnostique problemas lingüísticos | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | DIFEM | | | |



| REQUISITOS: | ORIGI NAL Anotar SI o NO | COPIAS anotar con número | FUNDAMENTO JURÍDICO- ADMINISTRATIVO, |
|---|---|-----------------------------|--|
| PERSONAS FÍSICAS | | | |
| Carnet vigente | Si | - | NORMA TÉCNICA OFICIAL MEXICANA NOM-015-SSA3-2012 para la atención integral a personas con discapacidad publicadas en el diario oficial de la federación de fecha 30 de noviembre del año 2012. |
| Expediente clínico vigente | Si | - | NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012 expediente clínico, publicado en el diario oficial de la federación de fecha 14 de septiembre de 2012 |
| Solicitud de interconsulta | Si | 1 copia simple | |
| 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 | PRIMERA VEZ | | |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciudadano: acudir a la Unidad de Rehabilitación e Integración Social U.R..I.S 2. Ciudadano: pagar la cuota de recuperación en la recepción correspondiente a consulta con el médico especialista en medicina física y en rehabilitación 3. Al finalizar la Consulta, acudir con el trabajador social para la apertura de expediente clínico y entrega del carnet de citas 4. Trabajo social elabora cita para el servicio de terapia de lenguaje. En caso de que no haya lugar, el ciudadano entra a una lista de espera, para posteriormente recibir llamada y otorgarles una cita | | |
| | SUBSECUENTE | | |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciudadano: acudir a la Unidad de Rehabilitación e Integración Social U.R..I.S 2. Ciudadano: pagar la cuota de recuperación en la recepción correspondiente a terapia de lenguaje 3. Reciben la atención por parte del licenciado en terapia de lenguaje | | |



| | | | | | | | | | |
|---|--|--|----|---|-------------------|---|-------------------------|--------------------------------|-----|
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA: | | 60 minutos | | | | | | | |
| COSTO: | | \$50.00 | | Fundamento jurídico Junta de Gobierno del SMDIF y en base al estudio socioeconómico | | | | | |
| 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 de la Unidad de Rehabilitación e Integración Social U.R.I.S. | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | | N/A | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | | Cumplir con os documentos que se requieran y verificar la disponibilidad de agenda | | | | | | | |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA. | | N/A | | | | | | | |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | |
| Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia San Felipe del Progreso | | | | | | Unidad de Rehabilitación e Integración Social | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | Lic. Ana Catalina Monsalve Sánchez | | | | | | | |
| DOMICILIO: | | CALLE: | | Manzana 004, 50640. San Felipe del Progreso, Méx. Carretera San Felipe-Atzacomulco | | | NO. INT. Y EXT.: | | S/N |
| COLONIA: | | Centro | | | MUNICIPIO: | | San Felipe del Progreso | | |
| C.P.: | | 50640 | | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | Lunes a viernes de 9:00-17:00 | | | |
| LADA: | | TELÉFONOS:(26) | | EXTS.: | | FAX: | | CORREO ELECTRÓNICO:(27) | |



| 712 | 1235326 | N/A | N/A | urisdif@sanfelipedelprogreso.gov.mx | |
|--|------------|--|------------|-------------------------------------|---------------------|
| 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 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: | | ¿Qué tiempo dura el tratamiento? | | | |
| RESPUESTA: | | Depende del proceso de evaluación de acuerdo con su recepción, integración y expresión | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | | ¿Qué días tomara la terapia? | | | |
| RESPUESTA: | | Programadas de acuerdo con las indicaciones medicas | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | | ¿se debe adquirir algún material? | | | |
| RESPUESTA: | | Si, en algunas ocasiones se le solicitara material | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | |
| N/A | | | | | |

ELABORO

VISTO BUENO

FECHA DE ACTUALIZACIÓN



GOBIERNO DEL
ESTADO DE
MÉXICO



LIC. ANA CATALINA MONSALVE SÁCHEZ
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE
REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN
SOCIAL U.R.I.S

LIC. ANA CATALINA MONSALVE SÁCHEZ
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE
REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN
SOCIAL U.R.I.S

28/01/2025