



## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:		TRÁMITE: <input checked="" type="checkbox"/>	SERVICIO: <input type="checkbox"/>
<b>HOJA DE REFERENCIA</b>			
DESCRIPCIÓN:			
El personal médico de la dependencia después de valorar al paciente considera si es necesario que presente un diagnóstico de siguiente nivel (que amerite la atención en un hospital de alta especialidad); para el cual se elabora una hoja de referencia donde se anotan los datos del paciente, resumen del problema de salud y explica el motivo por el cual lo refiere.			
FUNDAMENTO LEGAL:	NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012		
DOCUMENTO A OBTENER:	Hoja de Referencia	VIGENCIA:	3 meses
¿SE REALIZA EN LÍNEA?:	<input type="checkbox"/> NO	DIRECCIÓN WEB	N/A
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:	Cundo el paciente o persona solicite dicho trámite.		
REQUISITOS:	ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, UTILIDAD Y DESTINO DEL REQUISITO:
<b>PERSONAS FÍSICAS</b>			
DATOS PERSONALES	N/A	N/A	NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012
DIAGNOSTICO MEDICO	SI	1	
<b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>			
N/A	N/A	N/A	N/A
<b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>			
Presentar la documentación	N/A	N/A	N/A
DURACIÓN DEL TRÁMITE:	15 minutos	TIEMPO DE RESPUESTA:	30 minutos.
COSTO:	\$50 pesos.	Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	
FORMA DE PAGO:	EFFECTIVO <input checked="" type="checkbox"/>	TARJETA DE CRÉDITO <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
DÓNDE PODRÁ PAGARSE:	Tesorería del DIF		
OTRAS ALTERNATIVAS:	N/A		
CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE	TRAMITE A POBLACIÓN ABIERTA QUE REQUIERA EL SERVICIO.		



DEPENDENCIA U ORGANISMO:				UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:			
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Luvianos				MEDICINA GENERAL			
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:		C. ROSA MARÍA GARDUÑO CIENFUEGOS					
DOMICILIO:	CALLE:	Deportes			NO. INT. Y EXT.:	25	
COLONIA:	Centro			MUNICIPIO:	Luvianos		
C.P.:	51440	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:		9 am. a 4 pm.			
LADA:	TELÉFONOS:		EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:		
722	3804170		S/N	S/N	S/N		
<b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>							
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/A		
C.P.:	S/N	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:		N/A			
LADA:	TELÉFONOS:		EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:		
S/N	N/A		N/A	N/A	N/A		
FORMATOS DESCARGABLES	N/A						
<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>							
PREGUNTA FRECUENTE 1:	¿Cuáles son los requisitos para solicitar una referencia medica?						
RESPUESTA:	Proporcionará datos personales, así como el diagnóstico médico.						
PREGUNTA FRECUENTE 2:	¿Las hojas de referencia tiene algún costo?						
RESPUESTA:	\$50 pesos						
PREGUNTA FRECUENTE 3:	¿Cuál es el tiempo máximo de validez de una hoja de referencia?						
RESPUESTA:	A partir de su expedición tiene una validez de 3 meses.						
<b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>							

 <p>ELABORÓ: <b>C. MARÍA MIGÜELINA RAMÍREZ CRUZ</b> Directora del Sistema Municipal DIF</p>	 <p>VISTO BUENO: <b>C. ROSA MARÍA GARDUÑO CIENFUEGOS</b> Presidenta del Sistema Municipal DIF</p>	<p>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</p> <p style="text-align: center;">10 / 08 / 2020</p>
---	--	--