

CÉDULA DE INFORMACIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS DEL MUNICIPIO DE LERMA

| | | | | | |
|---|---|---------------------|---|-------------------|-------------------------------|
| Nombre: | | Trámite: | Servicio: | x | |
| Terapia Física | | | | | |
| Descripción: | | | | | |
| El servicio consiste en proporcionar terapia física para mejorar la movilidad funcional y prevenir lesiones utilizando métodos eléctricos y mecánicos. | | | | | |
| Fundamento legal: | Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios, Artículo 41 fracción III y X | | | | |
| Documento a obtener: | No aplica | | Vigencia: | | |
| ¿Se realiza en línea?: | Si | No | Dirección web | | |
| | | x | | | |
| Casos en los que el trámite debe realizarse: | | | | | |
| Requisitos: | | | Fundamento jurídico-administrativo, Utilidad y destino del requisito: | | |
| Personas físicas | | | | | |
| Valoración previa con médico especialista en medicina física y rehabilitación. | Original | Copia(s) | Ley de Asistencia Social Ley que crea los organismos públicos descentralizados de asistencia social, de carácter municipal, denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia" | | |
| Curp | | X | | | |
| Credencial para votar | | X | | | |
| Acta de Nacimiento | | X | | | |
| Para apertura de expediente | | X | | | |
| Personas morales | | | | | |
| | Original | Copia(s) | | | |
| Instituciones públicas | | | | | |
| Referencias para anexar al expediente clínico. | Original | Copia(s) | | | |
| | | X | | | |
| Otros | | | | | |
| | Original | Copia(s) | | | |
| Duración del trámite: | Variable | | Tiempo de respuesta: | Inmediata | |
| Vigencia: | | | | | |
| Costo: | Variable, de acuerdo al estudio socioeconómico | | | | |
| Forma de pago: | Efectivo | x | Tarjeta de crédito | Tarjeta de débito | En línea (Portal de pagos) |
| Dónde podrá pagarse: | Recepción | | | | |
| Otras alternativas: | | | | | |
| Criterios de resolución del trámite | | | | | |
| Dependencia u organismo: | | | Unidad administrativa responsable: | | |
| Unidad de Rehabilitación e Integración Social "Soumaya Domit" DIF Lerma | | | Subdirección de Servicios de Salud | | |
| Titular de la dependencia: | L.C.H. HÉCTOR DÍAZ LANDA | | | | |
| Domicilio: | Calle: | Belisario Domínguez | | No. Int. y ext.: | 7 |
| Colonia: | La Mota | | Municipio: | Lerma | |
| C.P. | Horario y días de atención: | | 09:00 a 18:00 hrs. Lunes a Viernes | | |



CÉDULA DE INFORMACIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS DEL MUNICIPIO DE LERMA

| | | | | |
|---|---|---------------|------------------------------------|---------------------|
| Lada: | Teléfonos: | Exts.: | Fax: | Correo electrónico: |
| 01728 | 282 16 72 | | | |
| Otras oficinas que prestan el servicio | | | | |
| Oficina: | Unidad Básica de Rehabilitación | | | |
| Nombre del titular de la oficina: | L.C.H. HÉCTOR DÍAZ LANDA | | | |
| Domicilio: | Calle: | Benito Juárez | | No. Int. y ext.: |
| | | | | S/N |
| Colonia: | Guadalupe Victoria | | Municipio: | Huitzilapan, Lerma |
| C.P.: | Horario y días de atención: | | 09:00 a 18:00 hrs. Lunes a Viernes | |
| | | | | |
| Lada: | Teléfonos: | Exts.: | Fax: | Correo electrónico: |
| | | | | |
| Municipios que atiende: | Lerma | | | |
| Otros | | | | |
| Pregunta frecuente 1: | ¿Me recuperaré al cien por ciento? | | | |
| Respuesta: | Depende de la lesión o padecimiento que tenga cada paciente. | | | |
| Pregunta frecuente 2: | ¿Me puede cambiar el horario de terapia? | | | |
| Respuesta: | Se tienen horarios dependiendo el padecimiento. | | | |
| Pregunta frecuente 3: | ¿En qué tiempo pasare con los especialistas? | | | |
| Respuesta: | Dependiendo de su lesión y evolución pasará con el especialista que le corresponda. | | | |
| Trámites o servicios relacionados | | | | |
| | | | | |

| | | |
|--|--|-------------------------|
| Elaboró: | Visto bueno: | Fecha de actualización: |
| <u>L. C. H. HÉCTOR DÍAZ LANDA</u> Subdirector de Servicios de Salud | <u>M. en A. P. Lizeth Valle Silva</u> Directora General del SMDIF Lerma | <u>19 / 02 / 2016</u> |