

**REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS
CÉDULA DE INFORMACIÓN**

| | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|-----------|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | SERVICIO: | x |
| <p align="center">TRATAMIENTO EN MODALIDAD DE CONSULTA EXTERNA Y RESIDENCIAL EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN CONTRA LAS ADICCIONES C.R.I.A Y SANTA RITA DE LA DIRECCION DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN</p> | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | CÓDIGO DE LA CÉDULA: | SMDIFH-DAP-08 | |
| <p>CONSISTE EN OTORGAR TRATAMIENTO PARA ADICCIONES Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE ACUERDO CON LA CAPACIDAD EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN CONTRA LAS ADICCIONES C.R.I.A Y SANTA RITA MEDIANTE CONSULTA EXTERNA O RESIDENCIAL</p> | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | ARTÍCULOS 131 FRACCIONES I Y VI Y 135, DEL REGLAMENTO ORGÁNICO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN. | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | NO APLICA | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | NO APLICA | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | SI | NO | DIRECCIÓN WEB | NO APLICA |
| | | x | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | A SOLICITUD DEL INTERESADO CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS Y EN CASO DE SER MENOR DE EDAD, EL SOLICITANTE DEBE SER ACOMPAÑADO DE SU PADRE, MADRE O TUTOR. | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA. | POR PARTE DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA POR PARTE DE LA COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES POR PARTE DEL INSTITUTO MEXIQUENSE CONTRA LAS ADICCIONES | | | |
| REQUISITOS: | ORIGINAL Anotar SI o NO | COPIAS anotar con número | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO. | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | |
| 1. SOLICITAR CITA | SI | 1 | NUMERALES 4.4, 5 GENERALIDADES, 5.5, 5.14 DE LA NOM-004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN. | |
| 2. IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE | SI | 1 | | |
| 3. COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO | SI | 1 | | |
| 4. COPIA DE LA CURP | SI | 1 | | |
| 5. COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO | SI | 1 | | |
| 6. COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL PADRE, MADRE O TUTOR EN CASO DEL QUE EL PACIENTE SEA MENOR DE EDAD, DEL MISMO MODO PARA MAYORES DE EDAD. | SI | 1 | | |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | | |
| NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | |
| NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO | 1. EL PACIENTE SOLICITANTE, DEBERÁ OBTENER UNA CITA PARA CONSULTA GENERAL EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN CORRESPONDIENTE EN EL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|---------------------|----|----------------------------|----|
| | 2. DEBERÁ PRESENTARSE EL PACIENTE A CONSULTA GENERAL Y VALORACIÓN EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN CORRESPONDIENTE EN EL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN 3. EN CASO DE QUE SE REQUIERA INTERNAMIENTO Y ASÍ LO DESEE EL PACIENTE DEBERÁ ACUDIR A SU CITA PARA INTERNAMIENTO | | | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | 9 DÍAS HÁBILES | | | | | | | |
| COSTO: | <ul style="list-style-type: none"> CARNET \$50 CONSULTA MÉDICA \$110 CONSULTA PSICOLÓGICA \$110 CONSULTA DE ESPECIALIDAD \$110 RESIDENCIAL (HABITANTE DE HUIXQUILUCAN) SEMANALES \$400 RESIDENCIAL (HABITANTES DE OTROS MUNICIPIOS Y/O ESTADOS) SEMANALES \$800 | | ARTÍCULO 49 FRACCIÓN XIX DEL REGLAMENTO ORGÁNICO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN | | | | | |
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO | SI | TARJETA DE CRÉDITO | NO | TARJETA DE DÉBITO | NO | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | NO |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | CAJA DE DIF CENTRAL DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN. | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | NO APLICA | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | <ul style="list-style-type: none"> CUANDO LAS PERSONAS ACUDAN EN ESTADO DE INTOXICACIÓN SE PODRÁ NEGAR EL SERVICIO EN EL CASO DE SER MENOR DE EDAD Y NO ACUDIR CON UN RESPONSABLE (PADRE, MADRE O TUTOR) COMO CRITERIO DE EXCLUSIÓN PARA EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL NO SE ACEPTARÁN NIÑOS (MENOS DE 12 AÑOS) NI ADULTOS MAYORES (MÁS DE 60 AÑOS) CON ALGÚN TRASTORNO PSIQUIÁTRICO AGUDO O DETERIORO COGNITIVO CON PATOLOGÍA CRÓNICO DEGENERATIVA EN DESCONTROL | | | | | | | |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA. | NO APLICA | | | | | | | |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | | |
| DIRECCIÓN GENERAL DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN | | | | DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN | | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | LICENCIADA MA GUADALUPE ROSAS HERNÁNDEZ | | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | CARRETERA HUIXQUILUCAN-SAN RAMÓN | | | NO. INT. Y EXT.: | 66 | | |
| COLONIA: | SAN JUAN BAUTISTA | | MUNICIPIO: | HUIXQUILUCAN | | | | |
| C.P.: | 52760 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | DE LUNES A JUEVES DE 09:00 A 17:00 HRS Y VIERNES DE 09:00 A 15:00 HORAS | | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | | |

| 55 | 82842752 | N/A | NO APLICA | departamentopsicologiadif@gmail.com | |
|--|------------|--|------------|---|---------------------|
| 55 | 52667297 | | | | |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | |
| OFICINA: | | NO APLICA | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | | NO APLICA | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | NO APLICA | | NO. INT. Y EXT.: | No Aplica |
| COLONIA: | NO APLICA | | MUNICIPIO: | NO APLICA | |
| C.P.: | N/A | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | NO APLICA | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| N/A | NO APLICA | | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | | NO APLICA | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | | ¿PUEDEN ASISTIR A MI DOMICILIO POR MI FAMILIAR? | | | |
| RESPUESTA: | | EL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS TIENE QUE ASISTIR POR VOLUNTAD PROPIA O EL CONSENTIMIENTO DEL PADRE, MADRE O TUTOR A LAS INSTALACIONES DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL CONTRA LAS ADICCIONES (CRIA O SANTA RITA) | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | | ¿PRESTAN ALGÚN SERVICIO GRATUITO? | | | |
| RESPUESTA: | | TODOS LOS SERVICIOS DE LOS CENTROS TIENEN UNA CUOTA DE RECUPERACIÓN | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | | ¿ATIENDEN A PERSONAS QUE NO SON RESIDENTES DE HUIXQUILUCAN? | | | |
| RESPUESTA: | | SE BRINDA EL SERVICIO A TODOS LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN SIN IMPORTAR SU RESIDENCIA | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | |
| NO APLICA | | | | | |
|  <p>ELABORÓ: LIC. ANA LUISA PÉREZ AGUILAR DIRECTORA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN</p> | |  <p>VISTO BUENO: LIC. MA GUADALUPE ROSAS HERNÁNDEZ DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HUIXQUILUCAN</p> | | <p>FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 02 DE FEBRERO DEL 2024</p> | |