

REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------|--------|----------------------------|--------|
| NOMBRE: | | | | TRAMITE: | SERVICIO: | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Servicio de Enfermería | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | | Código de la Cédula | | | | | |
| El Servicio de Enfermería Ofrece Atención Orientada a Satisfacer las necesidades del ser humano en el estado vulnerable, Por lo tanto, está Presente en todas las áreas de Atención del Paciente que requiere tratamiento Especializado o Ambulatorio. | | | | | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | | Bando Municipal del H. Ayuntamiento de Nicolas Romero: Art. 86 Reglamento Orgánico Municipal del H. Ayuntamiento de Nicolás Romero: Artículo 144 fracción I,II,V,VI,VIII,IX,145,147 inciso a. fracción I.V, VI, VII, VIII. | | | | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | | N/A | | 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: | | | Siempre que un usuario acuda a solicitar el servicio | | | | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | | | Todas las actividades en salud están sujetas a las normas oficiales de la federación | | | | | | |
| REQUISITOS: | | | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO. | | | | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | | | | | | |
| 1. Firmar aviso de privacidad (Otorgado por la Dirección de Salud) | | | SI | 1 | Bando Municipal del H. Ayuntamiento de Nicolas Romero: Art. 86 Reglamento Orgánico Municipal del H. Ayuntamiento De Nicolás Romero: Artículo 144 fracción I, II, V, VI, VIII, IX,145,147 inciso a. fracción I.V, VI, VII, VIII. | | | | |
| 2. Adjuntar documento que acredite la personalidad (INE) | | | SI | 1 | | | | | |
| 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 | | Solicitar el servicio | | | | | | | |
| PLAZO MAXIMO DE RESPUESTA | | INMEDIATA | | | | | | | |
| COSTO: | | Solo cuota de recuperación | | Fundamento Jurídico | | | | | |
| FORMA DE PAGO: | | EFFECTIVO | N O | TARJETA DE CRÉDITO | N O | TARJETA DE DÉBITO | N O | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N O |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | | En la Casa de Salud | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | | N/A | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | | Para la toma de datos generales, talla y peso, traer ropa cómoda y ligera preferentemente. En caso de que la atención se requiera para un menor de edad, éste deberá ser presentado por un adulto, quien firmará el Consentimiento Informado (Otorgado por la Dirección de Salud) | | | | | | | |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | | NO Colonia Benito Juárez 1ra. Sección, Nicolás Romero, Estado de México, 54400 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------|------------------------------------|---|----------------------------|-----|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | |
| Dirección De Salud | | | | Departamento de Gestión y Servicios a la Comunidad. | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | | | Dra. Edith Ma Cristina Vallarta Azuara | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | Av. Benito Juárez | | | NO. INT. Y EXT.: | S/N | |
| COLONIA: | Centro | | | MUNICIPIO: | NICOLÁS ROMERO | | |
| C.P.: | 54400 | HORARIO Y DIAS DE ATENCION: | Lunes A viernes 9:00 – 18:00 Horas | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRONICO: | | |
| 55 | 5566515400 | | 1207 | N/A | salud@nicolasromero.gob.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/A | | |
| C.P.: | N/A | HORARIO Y DIAS DE ATENCION: | N/A | | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRONICO: | | |
| N/A | N/A | | N/A | N/A | N/A | | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | N/A | | | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿Dónde se encuentra el servicio? | | | | | | |
| RESPUESTA: | Se da la ubicación de las Casas de Salud, para que asistan a la que este cercana a su domicilio, Casa de Salud Wenceslao (Calle 21 de mayo, lote 6, Colonia Wenceslao Victoria Soto), Casa de Salud Flores Magón (Calle Emiliano Zapata Mza 009, Colina Flores Magón), Casa de Salud Casa Vieja (Avenida Principal Francisco Villa, calle la Era s/n, Casa Vieja). | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿Me pueden checar los signos vitales? | | | | | | |
| RESPUESTA: | sí | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿Tiene algún costo el servicio | | | | | | |
| RESPUESTA: | no | | | | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | | | |
| N/A | | | | | | | |

| | | |
|--|---|---|
| ELABORÓ:  GABRIELA JIMENEZ ESCALONA | VISTO BUENO:  DRA. EDITH MA CRISTINA VALLARTA AZUARA | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 07/02/2025 |
|--|---|---|



Av. Juárez S/N, Colonia Benito Juárez 1ra. Sección, Nicolás Romero, Estado de México, 54400