

REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|----|--|----------------------------------|---|-------------------------------------|----------------------------|--|
| NOMBRE: | | | | TRÁMITE | <input type="checkbox"/> | SERVICIO | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Servicio de Odontología | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | | Código de la Cédula | | | | | |
| Crear, organizar y aplicar programas para la prevención, rehabilitación y corrección de la salud bucal en la población. Dar consulta, exploración física, diagnóstico y tratamiento. Elaborar informes semanales y mensuales de actividades. Implementar estrategias para mejorar el servicio. | | | | | | | | | |
| 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 | DIRECCIÓN WEB | | N/A | | | |
| | | | X | | | | | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | | Siempre que un usuario acuda a solicitar el servicio. | | | | | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTA 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 JURIDICO-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. En Caso de que la Atención se requiera para un Menor de Edad, este deberá ser presentado por un Adulto, quien firmará Un Consentimiento Informado (Otorgado por La Dirección de Salud). | | Si | | 1 | | | | | |
| 3. Adjuntar Documento que acredite la Personalidad (INE) | | | | | | | | | |
| 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, esperar a que Enfermería le tome sus signos vitales, lo pase con el Odontólogo y este lo atienda. | | | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | | Inmediata | | | | | | | |
| COSTO: | | Solo cuota de recuperación mínima | | Fundamento Jurídico | | | | | |
| FORMA DE PAGO: | | EFECTIVO | | TARJETA DE CRÉDITO | | TARJETA DE DÉBITO | | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | |
| | | X | | N O | | N O | | N O | |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | | En la casa de salud | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | | N/A | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE | | Al recibir la atención odontológica. | | | | | | | |

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

| | |
|-----------------------------------|-----|
| APLICACION DE LA AFIRMATIVA FICTA | N/A |
|-----------------------------------|-----|

| | | | | | | | |
|---|--|--|-------|---|------------------|----------------------------|--|
| 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.: | 54440 | Horario y días de Atención | | 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 DÍAS DE ATENCIÓN: | | 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: | ¿Están dando el servicio? | | | | | | |
| RESPUESTA: | si | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿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 3: | ¿Tiene algún costo el servicio? | | | | | | |
| RESPUESTA: | No, solo cuota de recuperación | | | | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | | | |

| | | |
|--|---|--|
| 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