



| | | | | |
|---|---|--|----------------------------------|------------------|
| NOMBRE: | | TRÁMITE | SERVICIO | X |
| Centro de Rehabilitación cardiopulmonar. | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | Código de la Cédula: | 36C.7 | |
| Consulta de 1ra vez. Consulta de valoración por aparatos y sistemas con electrocardiograma incluido, el costo de la consulta es de \$150.00, el paciente debe realizar una cita vía telefónica o por WhatsApp a los números del DIF, es preferible que el paciente acuda acompañado y en caso de contar con estudios de laboratorio y/o gabinetes presentarlos en su cita. Es importante que antes de realizar el estudio el paciente no tome estimulantes como café, bebidas energéticas, alcohol, y tabaco. | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | -Ley Orgánica Municipal. -Bando de Policía y Gobierno. -Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca. -Manual de Organización del H. Ayuntamiento de Heroica Ciudad de Tlaxiaco Oaxaca. Norma NOM-004-SSA3-2012: que determina que todos los establecimientos de atención médica deben tener un expediente clínico para cada paciente que reciban. Norma NOM-005-SSA3-2018: que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | EKG impreso | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | NA | |
| ¿SE REALIZA EN LINEA? | SI | NO | DIRECCIÓN WED | NA |
| | | X | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | En dolor de pecho, síncope, dolor irradiado brazo izquierdo, chequeo anual. | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | NA | | | |
| REQUISITOS: | Original anotar la palabra SI o NO | Copias anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO ADMINISTRATIVO | JURIDICO- |
| PERSONAS FISICAS | | | | |
| 1.NA | NA | NA | NA | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |





Ayuntamiento Heroica Ciudad de

Tlaxiaco

MUNICIPIO PRÓSPERO 2022 | 2024

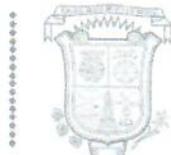
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--------------------------------------|--|---------------------------|--|----------------------------|--|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| PERSONAS JURIDICO COLECTIVAS | | | | | | | | | | | |
| NA | | NA | | NA | | NA | | | | | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | | | | | | | |
| NA | | NA | | NA | | NA | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA: | | | | El mismo día. | | | | | | | |
| COSTO: | | \$150.00 | | FUNDAMENTO JURIDICO: | | Ley de ingresos vigente | | | | | |
| FORMA DE PAGO: | | EFFECTIVO | | X | | TARJETA DE CRÉDITO | | TARJETA DE DEBITO | | EN LINEA (PORTAL DE PAGOS) | |
| DÓNDE PÓDRA PAGARSE: | | | | Ventanilla del DIF | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | | | | NA | | | | | | | |
| NA | | | | | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | | | | NA | | | | | | | |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | | | | | |
| Sistema DIF Municipal | | | | Centro de Rehabilitación cardiopulmonar. | | | | | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | Profa...: Angelica Vásquez Rodríguez. | | | | | | | | | |
| DOMICILIO: | | CALLE Carretera a Putla Km. 2.5 a 200 metros del ITT | | | | NO. INT. Y EXT. | | SN | | | |
| COLONIA: | | Llano Yosovee | | MUNICIPIO: | | Tlaxiaco | | | | | |
| CÓDIGO POSTAL | | 69800 | | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | Lunes a viernes de 8:30 am a 4:00 pm | | Sábados de 8:30 a 1:00 pm | | | |
| LADA | | TELEFONOS: | | EXT: | | FAX: | | CORREO ELECTRÓNICO | | | |
| 044 | | 9532418743 | | NA | | NA | | tlaxiacodif@gmail.com | | | |





| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | |
|--|--|-------|-----------------------------|---------------------|--|
| OFICINA: | NA | | | | |
| PERSONA TITULAR DE LA OFICINA: | NA | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | NA | NUM. INT. Y EXT. | NA | |
| COLONIA: | NA | | MUNICIPIO: | NA | |
| CÓDIGO POSTAL: | NA | | HORARIO Y DIAS DE ATENCIÓN: | NA | |
| LADA | TELEFONOS | EXTS: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| NA | NA | NA | NA | NA | |
| FORMATO (S) DESCARGABLES: | NA | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿El cardiólogo me va a atender? | | | | |
| RESPUESTA: | Si, pero es importante que sepan que el primer contacto será por un médico GENERAL, quien aperturará su expediente y realizara su ekg. | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿Cuándo se aconseja realizarse un electrocardiograma? | | | | |
| RESPUESTA: | Desmayos, dolor punzante en el pecho, dolor irradiado brazo izquierdo, opresión en el pecho que impida respirar, chequeos anuales. | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿Cada cuanto viene el cardiólogo? | | | | |
| RESPUESTA | Una vez cada mes y medio y el costo es de \$250. | | | | |
| TRÁMITES Y SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | |
| Prueba de esfuerzo, consultas de especialista por el cardiólogo. | | | | | |

| | | |
|--|--|--|
| ELABORÓ: L.F.T. Miriam G. Urbina Galindo Encargada del centro de Rehabilitación cardiopulmonar. | VISTO BUENO: Lic. Judith Mariano Aguilar Directora DIF Tlaxiaco | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 31-01-24 |
|--|--|--|





| | | | | |
|--|---|---|----------------------------------|------------------|
| NOMBRE: | | TRÁMITE | SERVICIO | X |
| Centro de Rehabilitación cardiopulmonar. | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | Código de la Cédula: | 36C.7 | |
| Rehabilitación cardiopulmonar. Sesión de rehabilitación con duración de 1.5 h, donde se monitoreará todos los signos vitales, antes, durante, y después del entrenamiento, constara de 3 elementos que incluyen entrenamiento de músculos respiratorios, kinesioterapia y ejercicio aeróbico. El costo de la sesión es de \$80.00 y son de 2 a 3 veces por semana. Se solicita ropa cómoda, una botellita de agua; es importante la valoración médica inicial. | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | -Ley Orgánica Municipal. -Bando de Policía y Gobierno. -Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca. -Manual de Organización del H. Ayuntamiento de Heroica Ciudad de Tlaxiaco Oaxaca. Norma NOM-004-SSA3-2012: que determina que todos los establecimientos de atención médica deben tener un expediente clínico para cada paciente que reciban. Norma NOM-005-SSA3-2018: que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | NA | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | NA | |
| ¿SE REALIZA EN LINEA? | SI | NO | DIRECCIÓN WED | NA |
| | | X | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | Indicación médica, post-quirúrgico del corazón, post-COVID, hipertensos descontrolados, diabéticos descontrolados, pacientes con comorbilidades descontroladas o con síndrome metabólico. | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | NA | | | |
| REQUISITOS: | Original anotar la palabra SI o NO | Copias anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO ADMINISTRATIVO | JURIDICO- |
| PERSONAS FISICAS | | | | |
| 1.NA | NA | NA | NA | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |





| | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--------------------|---|-------------------|---|----------|---------------------------|--|----------------------------|--|
| | | | | | | | | | | | |
| PERSONAS JURIDICO COLECTIVAS | | | | | | | | | | | |
| NA | | NA | | NA | | NA | | | | | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | | | | | | | |
| NA | | NA | | NA | | NA | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA: | | | | El mismo día. | | | | | | | |
| COSTO: | | \$80.00 | | FUNDAMENTO JURIDICO: | | Ley de ingresos vigente | | | | | |
| FORMA DE PAGO: | | EFFECTIVO | | X | | TARJETA DE CRÉDITO | | TARJETA DE DEBITO | | EN LINEA (PORTAL DE PAGOS) | |
| DÓNDE PÓDRA PAGARSE: | | | Ventanilla del DIF | | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | | | NA | | | | | | | | |
| NA | | | | | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | | | NA | | | | | | | | |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | | | | | |
| Sistema DIF Municipal | | | | Centro de Rehabilitación cardiopulmonar. | | | | | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | Profa. Angelica Vásquez Rodríguez. | | | | | | | | | |
| DOMICILIO: | | CALLE Carretera a Putla Km. 2.5 a 200 metros del ITT | | | | | | NO. INT. Y EXT. | | SN | |
| COLONIA: | | Llano Yosovee | | | MUNICIPIO: | | Tlaxiaco | | | | |
| CÓDIGO POSTAL | | 69800 | | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | Lunes a viernes de 8:30 am a 4:00 pm Sábados de 8:30 a 1:00 pm | | | | | |
| LADA | | TELEFONOS: | | EXT: | | FAX: | | CORREO ELECTRÓNICO | | | |
| 044 | | 9532418743 | | NA | | NA | | tlaxiacodif@gmail.com | | | |





Ayuntamiento Heroica Ciudad de

Tlaxiaco

MUNICIPIO PRÓSPERO • 2022 | 2024

| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | |
|--|---|-------|------------------|-----------------------------|----|
| OFICINA: | NA | | | | |
| PERSONA TITULAR DE LA OFICINA: | NA | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | NA | NUM. INT. Y EXT. | NA | |
| COLONIA: | NA | | | MUNICIPIO: | NA |
| CÓDIGO POSTAL: | NA | | | HORARIO Y DIAS DE ATENCIÓN: | NA |
| LADA | TELEFONOS | EXTS: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| NA | NA | NA | NA | NA | |
| FORMATO (S) DESCARGABLES: | | NA | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿Cuánto dura la terapia? | | | | |
| RESPUESTA: | La duración varia, pero va de una hora a una hora y media. | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿Porque es importante ir a terapia? | | | | |
| RESPUESTA: | Para reintegrar al paciente a sus actividades de la vida diaria, sin temor al movimiento, siempre monitoreando sus signos vitales, para así evitar el incremento o descenso abrupto de la tensión arterial. | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿Cuántas sesión son? | | | | |
| RESPUESTA | Un programa de rehabilitación cardiaca va de las 4 a 6 semanas dependiendo el número de sesiones semanales. | | | | |
| TRÁMITES Y SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | |
| NA | | | | | |

| | | |
|---|--|--|
| ELABORÓ: L.FT.: Miriam G. Urbina Galindo Encargada del centro de Rehabilitación cardiopulmonar | VISTO BUENO: DIRECCIÓN DIF MUNICIPAL <small>MAYO 2017/2024 MUNICIPIO PRÓSPERO</small> Lic. Judith Mariano Aguilar Directora DIF Tlaxiaco | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 31-01-24 |
|---|--|--|





| | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|--|--|
| NOMBRE: | | TRÁMITE | | SERVICIO | | X | |
| Centro de Rehabilitación cardiopulmonar. | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | Código de la Cédula: | | 36C.7 | | | |
| Electrocardiograma. Estudio no invasivo que monitorea la actividad eléctrica del corazón, costo \$100.00, de preferencia se debe solicitar una cita para disminuir el tiempo de espera. Tiempo de la toma no mayor a 20 minutos. Se recomienda no tomar estimulantes antes de la toma como es el caso de bebidas energéticas, café, alcohol y tabaco. | | | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | | -Ley Orgánica Municipal. -Bando de Policía y Gobierno. -Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca. -Manual de Organización del H. Ayuntamiento de Heroica Ciudad de Tlaxiaco Oaxaca. Norma NOM-004-SSA3-2012: que determina que todos los establecimientos de atención médica deben tener un expediente clínico para cada paciente que reciban. Norma NOM-005-SSA3-2018: que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. | | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | | EKG impreso | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | | NA | |
| ¿SE REALIZA EN LINEA? | | SI NO X | | DIRECCIÓN WED | | NA | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | | En dolor de pecho, síncope, dolor irradiado brazo izquierdo, chequeo anual. | | | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | | NA | | | | | |
| REQUISITOS: | | Original anotar la palabra SI o NO | | Copias anotar con número la cantidad de copias | | FUNDAMENTO ADMINISTRATIVO JURIDICO- | |
| PERSONAS FISICAS | | | | | | | |
| 1.NA | | NA | | NA | | NA | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |





| | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--------------------------------------|--|---------------------------|--|----------------------------|--|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| PERSONAS JURIDICO COLECTIVAS | | | | | | | | | | | |
| NA | | NA | | NA | | NA | | | | | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | | | | | | | |
| NA | | NA | | NA | | NA | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA: | | | | El mismo día. | | | | | | | |
| COSTO: | | \$100.00 | | FUNDAMENTO JURIDICO: | | Ley de ingresos vigente | | | | | |
| FORMA DE PAGO: | | EFFECTIVO | | X | | TARJETA DE CRÉDITO | | TARJETA DE DEBITO | | EN LINEA (PORTAL DE PAGOS) | |
| DÓNDE PÓDRA PAGARSE: | | | | Ventanilla del DIF | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | | | | NA | | | | | | | |
| NA | | | | | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | | | | NA | | | | | | | |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | | | | | |
| Sistema DIF Municipal | | | | Centro de Rehabilitación cardiopulmonar. | | | | | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | Profa...: Angelica Vásquez Rodríguez. | | | | | | | | | |
| DOMICILIO: | | CALLE Carretera a Putla Km. 2.5 a 200 metros del ITT | | | | NO. INT. Y EXT. | | SN | | | |
| COLONIA: | | Llano Yosovee | | MUNICIPIO: | | Tlaxiaco | | | | | |
| CÓDIGO POSTAL | | 69800 | | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | Lunes a viernes de 8:30 am a 4:00 pm | | Sábados de 8:30 a 1:00 pm | | | |
| LADA | | TELEFONOS: | | EXT: | | FAX: | | CORREO ELECTRÓNICO | | | |
| 044 | | 9532418743 | | NA | | NA | | tlaxiacodif@gmail.com | | | |





| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | |
|---|---|-------|-----------------------------|---------------------|--|
| OFICINA: | NA | | | | |
| PERSONA TITULAR DE LA OFICINA: | NA | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | NA | NUM. INT. Y EXT. | NA | |
| COLONIA: | NA | | MUNICIPIO: | NA | |
| CÓDIGO POSTAL: | NA | | HORARIO Y DIAS DE ATENCIÓN: | NA | |
| LADA | TELEFONOS | EXTS: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| NA | NA | NA | NA | NA | |
| FORMATO (S) DESCARGABLES: | NA | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿Cuándo debo hacerme un electrocardiograma? | | | | |
| RESPUESTA: | Ante dolor u opresión en el pecho, sofocación, desmayos, antecedentes de problemas en el corazón o una revisión anual. | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿Duele el realizarse un electrocardiograma? | | | | |
| RESPUESTA: | No, es un estudio que se realiza en un tiempo corto, se le pide recostarse sobre una cama, y se le colocan unos cuponcitos en el pecho, que no duelen y de ahí se obtiene el ekg. | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿Necesito llevar algo para el estudio? | | | | |
| RESPUESTA | No, solo se le pide ropa cómoda, y de preferencia no portar muchas cosas de metal. | | | | |
| TRÁMITES Y SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | |
| Consulta de especialista por el cardiólogo. | | | | | |

| | | |
|---|---|--|
| ELABORÓ: L.FT.: Miriam G. Urbina Galindo Encargada del centro de Rehabilitación cardiopulmonar. | VISTO BUENO: Lic. Judith Mariano Aguilar Directora DIF Tlaxiaco | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 31-01-24 |
|---|---|--|





| | | | | | | | |
|---|--|---|-----------------------------|--|----------------------|---|----|
| NOMBRE: | | TRÁMITE | | SERVICIO | | X | |
| Centro de Rehabilitación cardiopulmonar. | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | Código de la Cédula: | | 36C.7 | | |
| Holter. Estudio de 24 horas que monitorea la actividad eléctrica del corazón, el costo es de \$600.00, la aplicación consta de 10 minutos y al siguiente día tiene que regresar para retiro del equipo, los resultados no se entregan inmediatamente, pues se mandan a Puebla para su revisión. | | | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | | -Ley Orgánica Municipal. -Bando de Policía y Gobierno. -Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca. -Manual de Organización del H. Ayuntamiento de Heroica Ciudad de Tlaxiaco Oaxaca. Norma NOM-004-SSA3-2012: que determina que todos los establecimientos de atención médica deben tener un expediente clínico para cada paciente que reciban. Norma NOM-005-SSA3-2018: que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. | | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | | Resultados impresos (8 a 13 hojas) | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | | NA | |
| ¿SE REALIZA EN LINEA? | | | SI | NO X | DIRECCIÓN WED | | NA |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | | Estudio que solicita directamente por el médico para analizar más completo la actividad del corazón. | | | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | | | | NA | | | |
| REQUISITOS: | | Original anotar la palabra SI o NO | | Copias anotar con número la cantidad de copias | | FUNDAMENTO ADMINISTRATIVO JURIDICO- | |
| PERSONAS FISICAS | | | | | | | |
| 1.- Identificación oficial vigente ORIGINAL, preferente INE. | | SI | | NO | | Manual de Organización del H. Ayuntamiento de Heroica Ciudad de Tlaxiaco Oaxaca. Responsiva del área de cardiología. | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |





| | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--------------------------------------|--|---------------------------|--|----------------------------|--|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| PERSONAS JURIDICO COLECTIVAS | | | | | | | | | | | |
| NA | | NA | | NA | | NA | | | | | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | | | | | | | |
| NA | | NA | | NA | | NA | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA: | | | | Resultados dos días posteriores a su colocación, | | | | | | | |
| COSTO: | | \$600.00 | | FUNDAMENTO JURIDICO: | | Ley de ingresos vigente | | | | | |
| FORMA DE PAGO: | | EFFECTIVO | | X | | TARJETA DE CRÉDITO | | TARJETA DE DEBITO | | EN LINEA (PORTAL DE PAGOS) | |
| DÓNDE PÓDRA PAGARSE: | | | | Ventanilla del DIF | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | | | | NA | | | | | | | |
| NA | | | | | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | | | | NA | | | | | | | |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | | | | | |
| Sistema DIF Municipal | | | | Centro de Rehabilitación cardiopulmonar. | | | | | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | Profa. Angelica Vásquez Rodríguez. | | | | | | | | | |
| DOMICILIO: | | CALLE Carretera a Putla Km. 2.5 a 200 metros del ITT | | | | NO. INT. Y EXT. | | SN | | | |
| COLONIA: | | Llano Yosovee | | MUNICIPIO: | | Tlaxiaco | | | | | |
| CÓDIGO POSTAL | | 69800 | | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | Lunes a viernes de 8:30 am a 4:00 pm | | Sábados de 8:30 a 1:00 pm | | | |
| LADA | | TELEFONOS: | | EXT: | | FAX: | | CORREO ELECTRÓNICO | | | |
| 044 | | 9532418743 | | NA | | NA | | tlaxiacodif@gmail.com | | | |





Ayuntamiento Heroica Ciudad de

Tlaxiaco

MUNICIPIO PRÓSPERO • 2022 | 2024

| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | |
|--|--|-------|-----------------------------|---------------------|--|
| OFICINA: | NA | | | | |
| PERSONA TITULAR DE LA OFICINA: | NA | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | NA | NUM. INT. Y EXT. | NA | |
| COLONIA: | NA | | MUNICIPIO: | NA | |
| CÓDIGO POSTAL: | NA | | HORARIO Y DIAS DE ATENCIÓN: | NA | |
| LADA | TELEFONOS | EXTS: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| NA | NA | NA | NA | NA | |
| FORMATO (S) DESCARGABLES: | NA | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿Cómo puedo cuidar el equipo? | | | | |
| RESPUESTA: | Realizar sus actividades de la vida diaria evitando bañarse o mojar directamente el equipo. | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿Puedo retirármelo en cualquier momento? | | | | |
| RESPUESTA: | No, debe esperar que el personal del área medica coloque y retire el equipo y sus indicaciones de este. | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿Qué diferencia tiene a un ekg normal? | | | | |
| RESPUESTA | La duración del ekg es de 5 segundos, mientras que el Holter estudia mas a detalle el corazón en un lapso de 24 horas. | | | | |
| TRÁMITES Y SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | |
| NA | | | | | |

| | | |
|---|--|--|
| ELABORÓ:  LFT.: Miriam G. Urbina Galindo Encargada del centro de Rehabilitación cardiopulmonar. | VISTO BUENO:  DIRECCIÓN DIF MUNICIPAL TLAXIACO 2022 2024 MUNICIPIO PRÓSPERO  Lic. Judith Mariano Aguilar Directora DIF Tlaxiaco | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 31-01-24 |
|---|--|--|





Ayuntamiento Heroica Ciudad de

Tlaxiaco

| | | | | | | | |
|--|--|---|----|--|----------------------|---|----|
| NOMBRE: Centro de Rehabilitación cardiopulmonar | | TRÁMITE | | SERVICIO | | X | |
| DESCRIPCIÓN: | | Código de la Cédula: | | 36C.7 | | | |
| MAPA. Estudio de 24 horas que por sus siglas significa Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial, es un estudio de ayuda diagnóstica que brinda información más certera sobre la tensión arterial, en caso de sufrir de hipertensión arterial, el costo es de \$600.00, la aplicación consta de 10 minutos y al siguiente día tiene que regresar para retiro del equipo, los resultados no se entregan el mismo día que se retira el aparato. | | | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | | -Ley Orgánica Municipal. -Bando de Policía y Gobierno. -Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca. -Manual de Organización del H. Ayuntamiento de Heroica Ciudad de Tlaxiaco Oaxaca. Norma NOM-004-SSA3-2012: que determina que todos los establecimientos de atención médica deben tener un expediente clínico para cada paciente que reciban. Norma NOM-005-SSA3-2018: que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. | | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | | Resultados impresos (3 hojas) | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | | NA | |
| ¿SE REALIZA EN LINEA? | | | SI | NO X | DIRECCIÓN WED | | NA |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | | Estudio que solicita directamente por el médico para analizar las cifras tensionales durante 24 h. | | | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | | | | NA | | | |
| REQUISITOS: | | Original anotar la palabra SI o NO | | Copias anotar con número la cantidad de copias | | FUNDAMENTO ADMINISTRATIVO JURIDICO- | |
| PERSONAS FISICAS | | | | | | | |
| 1.- Identificación oficial vigente ORIGINAL, preferente INE. | | SI | | NO | | Manual de Organización del H. Ayuntamiento de Heroica Ciudad de Tlaxiaco Oaxaca. Responsiva del área de cardiología. | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |





Ayuntamiento Heroica Ciudad de

Tlaxiaco

MUNICIPIO PRÓSPERO 2022 | 2024

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|----------------------------|--------------------|---|-------------------|---|----------------------------|--|
| PERSONAS JURIDICO COLECTIVAS | | | | | | | | | |
| NA | | | NA | | NA | | NA | | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | | | | | |
| NA | | | NA | | NA | | NA | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA: Resultados dos días posteriores a su colocación, | | | | | | | | | |
| COSTO: | | \$600.00 | | | FUNDAMENTO JURIDICO: | | Ley de ingresos vigente | | |
| FORMA DE PAGO: | | EFFECTIVO | X | TARJETA DE CRÉDITO | | TARJETA DE DEBITO | | EN LINEA (PORTAL DE PAGOS) | |
| DÓNDE PÓDRA PAGARSE: | | | Ventanilla del DIF | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | | | NA | | | | | | |
| NA | | | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | | | NA | | | | | | |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | | |
| Sistema DIF Municipal | | | | | Centro de Rehabilitación cardiopulmonar. | | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | Profa...: Angelica Vásquez Rodríguez. | | | | | | | |
| DOMICILIO: | | CALLE Carretera a Putla Km. 2.5 a 200 metros del ITT | | | | | NO. INT. Y EXT. | SN | |
| COLONIA: | | Llano Yosovee | | | MUNICIPIO: | | Tlaxiaco | | |
| CÓDIGO POSTAL | | 69800 | HORARIO Y ATENCIÓN: | | DÍAS DE | | Lunes a viernes de 8:30 am a 4:00 pm Sábados de 8:30 a 1:00 pm | | |
| LADA | | TELEFONOS: | | EXT: | FAX: | | CORREO ELECTRÓNICO | | |
| 044 | | 9532418743 | | NA | NA | | tlaxiacodif@gmail.com | | |





Ayuntamiento Heroica Ciudad de

Tlaxiaco

MUNICIPIO PRÓSPERO • 2022 | 2024

| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | |
|--|--|-------|-----------------------------|---------------------|--|
| OFICINA: | NA | | | | |
| PERSONA TITULAR DE LA OFICINA: | NA | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | NA | NUM. INT. Y EXT. | NA | |
| COLONIA: | NA | | MUNICIPIO: | NA | |
| CÓDIGO POSTAL: | NA | | HORARIO Y DIAS DE ATENCIÓN: | NA | |
| LADA | TELEFONOS | EXTS: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| NA | NA | NA | NA | NA | |
| FORMATO (S) DESCARGABLES: | | NA | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿Cómo puedo cuidar el equipo? | | | | |
| RESPUESTA: | Realizar sus actividades de la vida diaria evitando bañarse o mojar directamente el equipo. | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿Cómo sabre que está tomando la presión? | | | | |
| RESPUESTA: | El quipo tomara su presión automáticamente en el día cada 30 minutos y por la noche cada hora a modo de interrumpir lo menos posible su sueño. | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿Puedo hacer mi rutina diaria normal? | | | | |
| RESPUESTA | Se le pide al paciente que realice sus actividades cotidianas lo más normal posible, para que las cifras tensionales salgan lo mas real posible. | | | | |
| TRÁMITES Y SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | |
| NA | | | | | |

| | | |
|---|---|--|
| ELABORÓ: L.F.T. Miriam G. Urbina Galindo Encargada del centro de Rehabilitación cardiopulmonar. | VISTO BUENO: Lic. Judith Mariano Aguilar Directora DIF Tlaxiaco | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 31-01-24 |
|---|---|--|





Ayuntamiento Heroica Ciudad de

Tlaxiaco

| | | | | | | | |
|--|--|--|----|--|----------------------|--|----|
| NOMBRE: | | TRÁMITE | | SERVICIO | | X | |
| Centro de Rehabilitación cardiopulmonar | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | Código de la Cédula: | | 36C.7 | | | |
| Prueba de Esfuerzo Convencional. Esta prueba esta dirigida a pacientes que quiera conocer su aptitud cardiorrespiratoria, además de conocer algún riesgo de padecer un problema cardiovascular, estudio de tipo diagnostico que ayuda al cardiólogo a conocer más el estado de salud del paciente. El costo es de \$600.00 y la duración de la prueba varia puede ser de 50 a 60 minutos contemplando la preparación del paciente. | | | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | | <ul style="list-style-type: none"> -Ley Orgánica Municipal. -Bando de Policía y Gobierno. -Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca. -Manual de Organización del H. Ayuntamiento de Heroica Ciudad de Tlaxiaco Oaxaca. <p>Norma NOM-004-SSA3-2012: que determina que todos los establecimientos de atención médica deben tener un expediente clínico para cada paciente que reciban. Norma NOM-005-SSA3-2018: que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.</p> | | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | | Resultados de la PEC (1 hoja) | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | | NA | |
| ¿SE REALIZA EN LINEA? | | | SI | NO X | DIRECCIÓN WED | | NA |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | | Estudio que solicita directamente por el médico para analizar más completo la actividad del corazón en un ambiente de esfuerzo. | | | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | | | | NA | | | |
| REQUISITOS: | | Original anotar la palabra SI o NO | | Copias anotar con número la cantidad de copias | | FUNDAMENTO ADMINISTRATIVO JURIDICO- | |
| PERSONAS FISICAS | | | | | | | |
| 1.- Firmar un consentimiento informado sobre la prueba. | | NO | | NO | | Formato dado por el área de cardiología. | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |





Ayuntamiento Heroica Ciudad de

Tlaxiaco

MUNICIPIO PRÓSPERO 2022 | 2024

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|----------------------------|--------------------|---|-------------------|---|----------------------------|--|
| PERSONAS JURIDICO COLECTIVAS | | | | | | | | | |
| NA | | | NA | | NA | | NA | | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | | | | | |
| NA | | | NA | | NA | | NA | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA: Resultados al culmino de la PEC | | | | | | | | | |
| COSTO: | | \$600.00 | | | FUNDAMENTO JURIDICO: | | Ley de ingresos vigente | | |
| FORMA DE PAGO: | | EFFECTIVO | X | TARJETA DE CRÉDITO | | TARJETA DE DEBITO | | EN LINEA (PORTAL DE PAGOS) | |
| DÓNDE PÓDRA PAGARSE: | | | Ventanilla del DIF | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | | | NA | | | | | | |
| NA | | | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | | | NA | | | | | | |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | | |
| Sistema DIF Municipal | | | | | Centro de Rehabilitación cardiopulmonar. | | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | Profa...: Angelica Vásquez Rodriguez. | | | | | | | |
| DOMICILIO: | | CALLE Carretera a Putla Km. 2.5 a 200 metros del ITT | | | | | NO. INT. Y EXT. | SN | |
| COLONIA: | | Llano Yosovee | | | MUNICIPIO: | | Tlaxiaco | | |
| CÓDIGO POSTAL | | 69800 | HORARIO Y ATENCIÓN: | | Y DÍAS DE | | Lunes a viernes de 8:30 am a 4:00 pm Sábados de 8:30 a 1:00 pm | | |
| LADA | | TELEFONOS: | | EXT: | FAX: | | CORREO ELECTRÓNICO | | |
| 044 | | 9532418743 | | NA | NA | | tlaxiacodif@gmail.com | | |





Ayuntamiento Heroica Ciudad de

Tlaxiaco

MUNICIPIO PRÓSPERO • 2022 | 2024

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

| | | | | | |
|--------------------------------|-----------|-------|-----------------------------|---------------------|--|
| OFICINA: | NA | | | | |
| PERSONA TITULAR DE LA OFICINA: | NA | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | NA | NUM. INT. Y EXT. | NA | |
| COLONIA: | NA | | MUNICIPIO: | NA | |
| CÓDIGO POSTAL: | NA | | HORARIO Y DIAS DE ATENCIÓN: | NA | |
| LADA | TELEFONOS | EXTS: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| NA | NA | NA | NA | NA | |
| FORMATO (S) DESCARGABLES: | | NA | | | |

INFORMACIÓN ADICIONAL

| | |
|-----------------------|---|
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿Cuánto puede durar la prueba? |
| RESPUESTA: | Depende de la capacidad al ejercicio que tenga, pero va de 40 a una hora. |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿Qué se me hace durante la prueba de esfuerzo? |
| RESPUESTA: | Se monitorean sus signos vitales durante la prueba, que es en una cinta rodante, donde el cardiólogo, médico general, fisioterapeuta y enfermero estamos monitoreando su estado físico. |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿Existe algún riesgo al hacer esta prueba? |
| RESPUESTA: | La literatura menciona que los riesgos son menor al 1% en los que destaca un infarto agudo al miocardio, pero es importante recalcar, que se cuenta con equipo de apoyo en caso de urgencia médica. |

TRÁMITES Y SERVICIOS RELACIONADOS

NA

| | | |
|---|---|---|
| <p>ELABORÓ:</p>  <p>L.FT.: Miriam G. Urbina Galindo Encargada del centro de Rehabilitación cardiopulmonar.</p> | <p>VISTO BUENO:</p>   <p>Lic. Judith Mariano Aguilar Directora DIF Tlaxiaco</p> | <p>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</p> <p>31-01-24</p> |
|---|---|---|





Ayuntamiento Heroica Ciudad de

Tlaxiaco

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|-----------------------------|--|--|----------------------------------|----------|------------------|
| NOMBRE: | | | | TRÁMITE | | SERVICIO | | X | |
| Centro de Rehabilitación cardiopulmonar | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | | Código de la Cédula: | | 36C.7 | | | |
| Consulta con el cardiólogo. Para sacar cita con el cardiólogo, primero se tiene que seguir el protocolo que consiste en pasar con él médico general, quien realizará la apertura de su expediente, recolectará estudios y pasará a la lista de espera. El costo de la consulta con el cardiólogo es de \$250.00, y se le notificará para su cita, el tiempo de espera va de un mes a mes y medio. | | | | | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | | | -Ley Orgánica Municipal. -Bando de Policía y Gobierno. -Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca. -Manual de Organización del H. Ayuntamiento de Heroica Ciudad de Tlaxiaco Oaxaca. Norma NOM-004-SSA3-2012: que determina que todos los establecimientos de atención médica deben tener un expediente clínico para cada paciente que reciban. Norma NOM-005-SSA3-2018: que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. | | | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | | | NA | | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | | NA | |
| ¿SE REALIZA EN LINEA? | | | | SI | NO | DIRECCIÓN WED | | NA | |
| | | | | | X | | | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | | | NA | | | | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | | | | | | NA | | | |
| REQUISITOS: | | | Original anotar la palabra SI o NO | | Copias anotar con número la cantidad de copias | | FUNDAMENTO ADMINISTRATIVO | | JURIDICO- |
| PERSONAS FISICAS | | | | | | | | | |
| 1.- NA | | | NA | | NA | | NA | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |



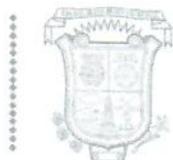


Ayuntamiento Heroica Ciudad de

Tlaxiaco

MUNICIPIO PRÓSPERO - 2022 | 2024

| | | | | | | | | | | |
|--|-------------|--|---------------------------------------|------------------------------------|---|---|----------------------------|-----------|--|--|
| PERSONAS JURIDICO COLECTIVAS | | | | | | | | | | |
| NA | | | NA | | NA | | NA | | | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | | | | | | |
| NA | | | NA | | NA | | NA | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA: Mes a mes y medio. | | | | | | | | | | |
| COSTO: | | \$250.00 | | | FUNDAMENTO JURIDICO: | | Ley de Ingresos 2023 | | | |
| FORMA DE PAGO: | DE EFECTIVO | X | TARJETA DE CRÉDITO | | TARJETA DE DEBITO | | EN LINEA (PORTAL DE PAGOS) | | | |
| DÓNDE PÓDRA PAGARSE: | | | Ventanilla del DIF | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | | | NA | | | | | | | |
| NA | | | | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | | | NA | | | | | | | |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | | | |
| Sistema DIF Municipal | | | | | Centro de Rehabilitación cardiopulmonar. | | | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | | Profa...: Angelica Vásquez Rodríguez. | | | | | | | |
| DOMICILIO: | | CALLE | | | | NO. INT. Y EXT. | | SN | | |
| | | Carretera a Putla Km. 2.5 a 200 metros del ITT | | | | | | | | |
| COLONIA: | | Llano Yosovee | | | MUNICIPIO: | | Tlaxiaco | | | |
| CÓDIGO POSTAL | | 69800 | | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | Lunes a viernes de 8:30 am a 4:00 pm Sábados de 8:30 a 1:00 pm | | | | |
| LADA | | TELEFONOS: | | EXT: | FAX: | | CORREO ELECTRÓNICO | | | |
| 044 | | 9532418743 | | NA | NA | | tlaxiacodif@gmail.com | | | |





Ayuntamiento Heroica Ciudad de

Tlaxiaco

MUNICIPIO PRÓSPERO-2022 | 2024

| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | |
|--|---|-------|-----------------------------|---------------------|--|
| OFICINA: | NA | | | | |
| PERSONA TITULAR DE LA OFICINA: | NA | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | NA | NUM. INT. Y EXT. | NA | |
| COLONIA: | NA | | MUNICIPIO: | NA | |
| CÓDIGO POSTAL: | NA | | HORARIO Y DIAS DE ATENCIÓN: | NA | |
| LADA | TELEFONOS | EXTS: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| NA | NA | NA | NA | NA | |
| FORMATO (S) DESCARGABLES: | | NA | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿Encuentro diario al cardiólogo en el DIF? | | | | |
| RESPUESTA: | No, el solo viene una vez al mes o mes y medio, se tiene que poner en lista de espera, y para ello es importante que pase a valoración inicial. | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿Qué es un cardiólogo? | | | | |
| RESPUESTA: | Es un medico con especialidad clínica que estudia a detalle el funcionamiento del corazón. | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿Qué pasa si el cardiólogo no puede darle continuidad a mi tratamiento? | | | | |
| RESPUESTA | Se busca la manera de referir al paciente a un hospital de tercer nivel, donde puedan seguir con el tratamiento pertinente. | | | | |
| TRÁMITES Y SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | |
| NA | | | | | |

| | | |
|---|---|--|
| ELABORÓ:  L.FT. Miriam G. Urbina Galindo Encargada del centro de Rehabilitación cardiopulmonar. | VISTO BUENO:   Lic. Judith Mariano Aguilar Directora DIF Tlaxiaco | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 31-01-24 |
|---|---|--|



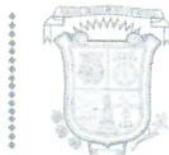


Ayuntamiento Heroica Ciudad de

Tlaxiaco

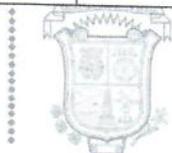
MUNICIPIO PRÓSPERO • 2022 | 2024

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|----|--|--|
| NOMBRE: | | TRÁMITE | | SERVICIO | | X | |
| Centro de Rehabilitación cardiopulmonar. | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | | Código de la Cédula: | | 36C.7 | |
| Espirometría Estudio de tipo no invasivo que nos ayuda a conocer la capacidad pulmonar, es un estudio de apoyo diagnóstico para enfermedades como ASMA, EPOC, secuelas de COVID-19, Tos crónica, se necesita agendar para su realización, tiene un costo de \$400 y no deben tener enfermedades respiratorias activas. | | | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | | -Ley Orgánica Municipal. -Bando de Policía y Gobierno. -Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca. -Manual de Organización del H. Ayuntamiento de Heroica Ciudad de Tlaxiaco Oaxaca. Norma NOM-004-SSA3-2012: que determina que todos los establecimientos de atención médica deben tener un expediente clínico para cada paciente que reciban. Norma NOM-005-SSA3-2018: que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. | | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | | Resultados, dos hojas. | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | | NA | |
| ¿SE REALIZA EN LINEA? | | | | SI | NO | DIRECCIÓN WED | |
| | | | | | X | NA | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | | ASMA, EPOC, secuelas de COVID-19, tos crónica | | | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | | | | NA | | | |
| REQUISITOS: | | Original anotar la palabra SI o NO | | Copias anotar con número la cantidad de copias | | FUNDAMENTO ADMINISTRATIVO JURIDICO- | |
| PERSONAS FISICAS | | | | | | | |
| 1.- NA | | NA | | NA | | NA | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |





| | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|-------------------|---|----------|---------------------------|--|----------------------------|--|
| | | | | | | | | | | | |
| PERSONAS JURIDICO COLECTIVAS | | | | | | | | | | | |
| NA | | NA | | NA | | NA | | | | | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | | | | | | | |
| NA | | NA | | NA | | NA | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA: Mismo día. | | | | | | | | | | | |
| COSTO: | | \$400.00 | | FUNDAMENTO JURIDICO: | | Ley de ingresos 2020 | | | | | |
| FORMA DE PAGO: | | EFFECTIVO | | X | | TARJETA DE CRÉDITO | | TARJETA DE DEBITO | | EN LINEA (PORTAL DE PAGOS) | |
| DÓNDE PÓDRA PAGARSE: | | Ventanilla del DIF | | | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | | NA | | | | | | | | | |
| NA | | | | | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | | NA | | | | | | | | | |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | | | | | |
| Sistema DIF Municipal | | | | Centro de Rehabilitación cardiopulmonar. | | | | | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | Profa.: Angelica Vásquez Rodríguez. | | | | | | | | | |
| DOMICILIO: | | CALLE Carretera a Putla Km. 2.5 a 200 metros del ITT | | | | | | NO. INT. Y EXT. | | SN | |
| COLONIA: | | Llano Yosovee | | | MUNICIPIO: | | Tlaxiaco | | | | |
| CÓDIGO POSTAL | | 69800 | | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | Lunes a viernes de 8:30 am a 4:00 pm Sábados de 8:30 a 1:00 pm | | | | | |
| LADA | | TELEFONOS: | | EXT: | | FAX: | | CORREO ELECTRÓNICO | | | |
| 044 | | 9532418743 | | NA | | NA | | tlaxiacodif@gmail.com | | | |





| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | |
|--|---|-------|-----------------------------|---------------------|--|
| OFICINA: | NA | | | | |
| PERSONA TITULAR DE LA OFICINA: | NA | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | NA | NUM. INT. Y EXT. | NA | |
| COLONIA: | NA | | MUNICIPIO: | NA | |
| CÓDIGO POSTAL: | NA | | HORARIO Y DIAS DE ATENCIÓN: | NA | |
| LADA | TELEFONOS | EXTS: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| NA | NA | NA | NA | NA | |
| FORMATO (S) DESCARGABLES: | NA | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿Quiénes pueden realizarse una Espirometría? | | | | |
| RESPUESTA: | Niños mayores de 4 años hasta adultos mayores. | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿Cuándo puedo hacerme una Espirometría? | | | | |
| RESPUESTA: | Cuando tengamos tos persistente, busquemos un diagnóstico de ASMA, EPOC, hayamos sufrido COVID-19. | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿Qué es una Espirometría? | | | | |
| RESPUESTA | Es un estudio de tipo no invasivo, que busca conocer la capacidad pulmonar de manera individualizada. | | | | |
| TRÁMITES Y SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | |
| NA | | | | | |

| | | |
|--|---|--|
| ELABORÓ:  L.FT.: Miriam G. Urbina Galindo Encargada del centro de Rehabilitación cardiopulmonar. | VISTO BUENO:   DIRECCIÓN DIF MUNICIPAL MUNICIPIO PRÓSPERO Lic. Judith Mariano Aguilar Directora DIF Tlaxiaco | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 31-01-24 |
|--|---|--|

