





## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:		TRÁMITE:	SERVICIO: <input checked="" type="checkbox"/>
<b>TRASLADO PROGRAMADO DE PACIENTE</b>			
DESCRIPCIÓN:	Código de la Cédula	25775	
TRASLADO PROGRAMADO DE PACIENTE DE UN HOSPITAL A OTRO HOSPITAL, DE SU DOMICILIO A HOSPITAL O DE HOSPITAL A SU DOMICILIO			
FUNDAMENTO LEGAL:	NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-034-SSA-2013		
DOCUMENTO A OBTENER:	REALIZAR EL TRASLADO PROGRAMADO DEL PACIENTE	VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:	N/A
¿SE REALIZA EN LÍNEA?:	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	DIRECCIÓN WEB	N/A
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:	CUANDO EL PACIENTE REQUIERA UNA CAMILLA, OXIGENO, MONITOREO POR UN PARAMEDICO, TENGA CITA O CONSULTA Y SE TENGA QUE TRASLADAR HACIA OTRO LUGAR (HOSPITAL).		
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA	SI ESTA SUJETO A VERIFICACION, YA QUE SE REQUIERE DETERMINAR LA VIABILIDAD DEL TRASLADO.		
REQUISITOS:	ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO,
<b>PERSONAS FÍSICAS</b>			
SOLICITUD DE TRASLADO ESCRITA O VERBAL	N/A	N/A	N/A
<b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>			
	N/A	N/A	N/A
<b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>			
	N/A	N/A	N/A
PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO	REALIZAR LA SOLICITUD VIA ESCRITA O VERBAL ANTE LAS OFICINAS DE PROTECCION CIVIL Y ESPERAR RESPUESTA.		
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	RESPUESTA INMEDIATA		
COSTO:	\$ N/A	Fundamento Jurídico	N/A
FORMA DE PAGO:	EFFECTIVO <input type="checkbox"/>	TARJETA DE CRÉDITO <input type="checkbox"/>	TARJETA DE DÉBITO <input type="checkbox"/> EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) <input type="checkbox"/>
DÓNDE PODRÁ PAGARSE:	N/A		
OTRAS ALTERNATIVAS:	N/A		
CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE	PRESENTAR LA SOLICITUD ANTE EL DIRECTOR DE PROTECCION CIVIL MUNICIPAL. SE REALIZARÁ EL ANALISIS DE LA DOCUMENTACION O CASO, Y SE HACE SABER LA RESPUESTA SOBRE SI SE REALIZA O NO EL TRASLADO.		
APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA	N/A		



DEPENDENCIA U ORGANISMO:				UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:			
PRESIDENCIA MUNICIPAL				DIRECCION DE PROTECCION CIVIL			
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:				LIC. LIBRADO GARCIA HORTIALES			
DOMICILIO:	CALLE:	SALTO DEL AGUA		NO. INT. Y EXT.:	S/N		
COLONIA:	TECHICHILCO		MUNICIPIO:	COCOTITLAN			
C.P.:	56680	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:		LUNES A DOMINGO LAS 24 HORAS.			
LADA:	TELÉFONOS:		EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:		
N/A	N/A		N/A	N/A	pc-cocotitlan@hotmail.com		
<b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>							
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 ELECTRÓNICO:		
N/A	N/A		N/A	N/A	N/A		
FORMATO(S) DESCARGABLES	N/A						
<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>							
PREGUNTA FRECUENTE 1:	¿CUANTOS FAMILIARES PUEDEN ACOMPAÑAR AL PACIENTE?						
RESPUESTA:	UAN SOLO PERSONA						
PREGUNTA FRECUENTE 2:	¿QUE DOCUMENTACION DEBE LLEVAR EL PACIENTE?						
RESPUESTA:	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL E IDENTIFICACION						
PREGUNTA FRECUENTE 3:							
RESPUESTA:							
<b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>							

ELABORÓ:  <u>C. ELIZABETH MORALES MARTINEZ</u> NOMBRE COMPLETO	 VISTO BUENO: <u>PROTECCION CIVIL</u> <u>LIBRADO GARCIA HORTIALES</u> NOMBRE COMPLETO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 14/MARZO/2024.
--	---	---