



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | |
|--|--|--|---|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | SERVICIO: |
| PROGRAMA DE ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN PSICOLOGICA (AP) | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | |
| ATENCIÓN A LA POBLACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS MEDIANTE LA ATENCIÓN PERSONALIZADA, FAMILIAR O DE PAREJA, PLÁTICAS Y DIFUSIONES | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | GACETA DE GOBIERNO DE FECHA 15 DE SEPTIEMBRE DE 2017 "ACUERDOS DE LA DIRECCION GENERAL DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO POR EL QUE SE MODIFICAN LOS LINEAMIENTOS DE LA ACCION DE DESARROLLO SOCIAL ORIENTACION Y ATENCION PSICOLOGICA Y PSIQUIATRICA", CON FUNDAMENTO EN LOS ARTICULOS 3 DE LA LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA DEL ESTADO DE MEXICO , 3 FRACCIONES III Y XI 5,6,10,11 FRACCIONES I,II,IV,18,17 Y 18 DE LA LEY DE DESARROLLO SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO , 18 19,20,21,25 Y 26 DE REGLAMENTO DE LA LEY DE DESARROLLO SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO ;2,3,7,8,9,16,18 Y 26 FRACCION XXIV DE LA LEY DE ASISTENCIA SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS 3 Y 13 FRACCIONES III,IV,XVIII DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL E LA FAMILIA DEL ESTADO DE MEXICO. | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | DIAGNOSTICO PSICOLOGICO< | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | SE DETERMINA DE ACUERDO A LA PROBLEMÁTICA DEL PACIENTE. |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | SI | NO | DIRECCIÓN WEB |
| | | NO APLICA | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | CUANDO EL PACIENTE DEMANDE EL SERVICIO | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | NO ESTA SUJETO A INSPECCION O VERIFICACIÓN | | |
| REQUISITOS: | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, |
| PERSONAS FÍSICAS | | | |
| AGENDAR CITA PARA BRINDAR EL SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA. | NO APLICA | NO APLICA | LEY DE ANSIEDAD SOCIAL, CAPITULO 3, JUNTA DE GOBIERNO, COMPROVACIÓN DE ACTIVIDADES, ARCHIVOS ADMINISTRATIVOS. |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | |
| NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | |
| NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | 15 MINUTOS | | |
| COSTO: | \$50 CONSULTA INICIAL \$30 CONSULTA SUBSECUENTE | CON BASE EN LO ESTIPULADO EN LA PRIMERA SESION EXTRAORDINARIA DE JUNTA DE GOBIERNO DE FECHA 25 DE ENERO DE 2023. | |
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO | <input checked="" type="checkbox"/> | TARJETA DE CRÉDITO |
| | | | TARJETA DE DÉBITO |
| | | | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | EN EL AREA DE PREVENCIÓN Y BIENESTAR FAMILIAR | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | SOLICITUD DE SERVICIO DE MANERA VOLUNTARIA Y CUMPLIR CON LOS REQUISITOS | | |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | N/A | | |



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



GOBIERNO DE
TIANGUISTENCO
2022-2024

EDOMÉX
DECISIONES FIRMES. RESULTADOS FUERTES.

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|------------------------------------|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | |
| SISTEMA MUNICIPAL DIF TIANGUISTENCO | | | | COORDINACION DE PREVENCIÓN Y BIENESTAR FAMILIAR | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | LIC. Jael Karen Alarcon Sanchez | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | INDEPENDENCIA 503, COLONIA CENTRO SANTIAGO TIANGUISTENCO (EDIFICIO DE DESARROLLO SOCIAL PLANTA BAJA) | | NO. INT. Y EXT.: | |
| COLONIA: | CENTRO | | MUNICIPIO: | TIANGUISTENCO | |
| C.P.: | 52600 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | LUNES A VIERNES DE 9:00 AM A 16:00 HRS | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| 713 | 13 5 37 80 | | NO APLICA | NO APLICA | prevencionybienestar2224@gmail.com |
| 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.: | NO APLICA | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | NO APLICA | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| N/A | N/A | | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | N/A | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿CUÁNTO TIEMPO PUEDE DURAR EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE UN PACIENTE? | | | | |
| RESPUESTA: | ES UN TIEMPO INDEFINIDO, DEPENDE DE LA SITUACIÓN EMOCIONAL DEL PACIENTE | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿A PARTIR DE QUÉ EDAD PUEDEN ASISTIR LOS PACIENTES? | | | | |
| RESPUESTA: | 6 AÑOS | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿CUÁNTO TIEMPO DURA LA SESIÓN? | | | | |
| RESPUESTA: | 50 MINUTOS | | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | |
| NOI APLICA | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| ELABORÓ: LIC. Jael Karen Alarcon Sanchez PREVENCIÓN Y BIENESTAR FAMILIAR NOMBRE COMPLETO | VISTO BUENO: C. Miguel Ángel Torres Morales NOMBRE COMPLETO | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: <u>11 / 09 / 2023.</u> |
|---|---|---|

