



Registro de Trámites y Servicios
Municipio de Santa Cruz de Juventino Rosas
Guanajuato



Clave del T ó S	TIPO	TRAMITE X	FECHA DE ACTUALIZACION	02/02/2023
-----------------	------	-----------	------------------------	------------

I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO

PROGRAMA "YA OIGO BIEN" DE AUXILIARES AUDITIVOS

Brindar una atención digna y profesional a toda persona con necesidad de revisión clínica por sospecha o seguridad de problemas auditivos, que soliciten iniciar su proceso para solicitud de auxiliares auditivos.

II. MODALIDAD (PRESENCIAL O EN LÍNEA) Presencial

III. FUNDAMENTOS JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO

- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012 Para la atención integral a personas con discapacidad y NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.
- Periódico Oficial Del Gobierno del Estado de Guanajuato. 31 de Diciembre del 2021. Número 261
- Disposiciones Administrativas Municipales
- Reglas de operación del programa Ya Oigo Bien

IV. DECRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO

Personas que presenten dificultades para oír, diagnosticados o no con hipoacusia, y que se apeguen al proceso de atención de la campaña en el SMDIF.

PASOS

1.- Agendar su cita con el médico encargado de Audiología para su valoración.	4.- Validación de expediente en el Centro Estatal de Rehabilitación, toma de molde y pago de cuota por auxiliar auditivo, según nivel socioeconómico.
2.- En caso de ser candidato, entrega de requisitos para expediente clínico y programación de su estudio de audiometría.	5.- Programación para adaptación del auxiliar al paciente, con plática instructiva sobre su uso.
3.- Realización de Estudio Socioeconómico y Valoración de Lenguaje por personal del área.	6- Asistencia a consulta de seguimiento a un mes de la adaptación.

V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITO SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE

1- 2 Copias de acta de nacimiento	Validacion del expediente por CER
2-. 2 Copias del la CURP	
3-. 2 Copias de la credencial de elector.	
4-. 2 Copias de comprobante de domicilio reciente.	
5-. 2 Fotografías tamaño infantil	
6; 2 Comprobantes de ingresos económicos	

VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO

No aplica

VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO. FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO

No aplica No aplica

VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.

Pble. Visita domiciliaria para verificación del nivel socioeconómico.

IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.

NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
-----------------------------------	-----------------	---------------------------

Armando Muñoz Badillo 1572274 (Ext.0) oor.rehabilitacio.jr.2018@gmail.com

X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO. FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN
5 días Afirmativa Ficta Negativa Ficta X

XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL. 15 días a partir de la consulta
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN. 15 días a partir de la consulta

XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO. ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO
>Consulta de especialista de rehabilitación \$300 (sujeto a cambios por convenio).
>Servicio de intervención temprana CEMS (Cámara de Estimulación Multisensorial) o rehabilitación física. De \$51^{oo} a 72^{oo} pesos. Unicamente efectivo

XIII VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.
7 días a partir de la consulta

XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.
servicio activo, condiciones ideales del solicitante y apego a los procesos del SMDIF

XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO.

DEPENDENCIA O ENTIDAD Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
AREA O DEPARTAMENTO Coordinación de Rehabilitación. Rehabilitación física

XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.
Terapia física: Lunes a viernes de 9:00 am a 16:00 pm, Consulta médica con previa cita al día de la consulta.

XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO (PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS).
DOMICILIO (S) Adolfo López Mateos #103, Zona Centro, C.P. 38240
TELÉFONO (S) (412) 15 7 22 74 Ext. 0
CORREO ELECTRÓNICO (S) coord..rehabilitacion.jr.2018@gmail.com

LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO

DEPENDENCIA.	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
SMDIF y Contraloría Municipal	(412)15 7 31 91 v 1578040 o 462482040	dif_juventino@outlook.com contraloría@juventinorosas.gob.mx

XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO
Carnet de sesiones

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA SELLO DE LA DEPENDENCIA.
DRA. MARÍA GUADALUPE XOCONOXTE ALDAMA  