



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



Clave del T ó S	TIPO	TRAMITE	SERVICIO X	FECHA DE ACTUALIZACION	28/02/2023
-----------------	------	---------	------------	------------------------	------------

I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO

REFERENCIAS

Contribuir en el bienestar emocional, personal y social de las personas, para mejorar su calidad de vida y su inclusión social

II. MODALIDAD (PRESENCIAL O EN LÍNEA)	Presencial
--	------------

III. FUNDAMENTOS JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO

- NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

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

Brindar a la población que solicita atención por motivos de trastornos de salud mental.

PASOS

1.- Acudir al SMDIF a la Coordinación de DANNA, área de psicología.	4.- Se agenda cita
2.- Platicar con un Psicologo (a) para informar sobre el motivo que tiene para recibir la atención.	5.- Se realiza el pago correspondiente a Consulta, Referencia o Certificado de discapacidad intelectual.
3.- El psicologo (a) determina el procedimiento, llamese consulta, referencia o certificado de discapacidad intelectual.	

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
--	--

Personas a partir de 4 años de edad	
Presentar Copia de Acta de Nacimiento	
Copia de Credencial de elector (en caso de menor de edad, de la persona responsable del cuidado del menor)	
Copia de comprobante de domicilio vigente.	
Carta de No Derechohabiencia.	

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

Presencial/Entrevista

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.

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

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