



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	02/02/2023
-----------------	------	---------	------------	------------------------	------------

I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO

TERAPIA DE LENGUAJE

Brindar una atención digna y de calidad a toda persona con alteración de lenguaje por problemas congénito, secundario o adquiridos, que sean competentes al área, que acudan de primera vez o necesiten el servicio después de una adaptación de auxiliar auditivo o alguna otra referencia.

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 2018. Número 261
- Disposiciones Administrativas Municipales
- Reglas de operación del programa Ya Oígo Bien

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

En trastornos de articulación (dificultad para producir sonidos en las sílabas), problemas en la fluidez del habla y dificultad en el tono, volumen y calidad de la voz. Asimismo, quienes tienen problemas para comprender o procesar el lenguaje (dificultades para entender lo que le dicen). Toda persona en condiciones para recibir una terapia de lenguaje, y que se apeguen al proceso de atención del SMDIF.

PASOS

1.- Programar vía telefónica o de manera presencial, la consulta inicial al servicio con el médico encargado de Audiología y Lenguaje.	4.- En la 1ra consulta la terapeuta complementa el expediente del paciente con lo requerido y su valoración inicial.
2.- El día de la cita, realizar el pago por "consulta inicial de terapia de lenguaje" en recepción. La cual determinará la necesidad de atención o referencia apropiada. Y en el caso de ser candidato, se informará sobre los requisitos para la apertura de su expediente.	5.- Revaloración al término de sesiones indicadas en primer consulta médica.
3.- La terapeuta de lenguaje otorga horario de atención.	6-

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- Copia de Identificación oficial del paciente o padre/ tutor.	
2- Copia de curp del paciente en caso de ser menor de edad.	
3- Copia de comprobante de domicilio reciente.	
4- Diagnóstico previo en caso de tenerlo o ser referido.	Firma de validación del especialista
5- Fotografía tamaño infantil	

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

No aplica

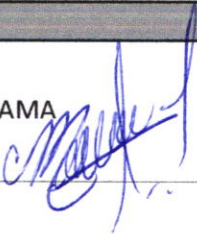

VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.	FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO
No aplica	No aplica

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

No aplica

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

NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Dra. Gpe. de Jesus Franco Gasca, Terapeuta Adriana Laraleño Laguna	1572274 (Ext 0)	hor.rehabilitacion.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 1ra vez de audiología y lenguaje \$60 >Terapia de lenguaje \$48		Unicamente efectivo		
XIII VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.				
15 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. Audiología y Lenguaje			
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.				
Lunes a viernes de 9:00 am a 16:00 pm. Cita previa				
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO (PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS).				
DOMICILIO (S)	Adolfo López Mateos #103, Zona Centro, C.P. 38240			
TELEFONO (S)	(412) 15 7 22 74 Ext. 0			
CORREO ELECTRÓNICO (S)	coord..rehabilitacion.jr.2018@gmail.com			
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO				
DEPENDENCIA.	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		
SMDIF y Contraloría Municipal	(412)15 7 31 91 y 1578040 o 462482040	dif_juventino@outlook.com contraloria@juventinorosas.gob.mx		
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO				
net de sesiones				
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA			SELLO DE LA DIRECCIÓN.	
DRA. MARIA GUADALUPE XOCONOXTLE ALDAMA 			 ADMINISTRACION 2021 - 2024 SANTA CRUZ DE JUVENTINO ROSAS, GTO.	