

SERVICIO COORDINACION SALUD

No.	NOMBRE DEL TRÁMITE Y/O SERVICIO			CLASIFICACIÓN	
01	Consultas medicas			Trámite	Servicio
					X
DESCRIPCIÓN Y OBJETIVO				TIEMPO DE RESPUESTA	
Proporcionar consultas a la población que lo requiera				½ hra	
COSTO	ÁREA DE PAGO	COMPROBANTE A OBTENER	VIGENCIA DEL COMPROBANTE		
Sin Costo	No aplica	Recetas	1 mes		
USUARIOS			HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO		
Público en general			8:00 a 15:00 horas de Lunes a Viernes		
ÁREA EN LA QUE SE REALIZA EL TRÁMITE Y/O SERVICIO					
Coordinación d salud					
UBICACIÓN DE LA OFICINA			NÚMERO TELEFÓNICO		
Carretera Axtla – Ahuacatitla km 1 , Axtla de Terrazas, S.L.P.			489 36 10150		
REQUISITOS					
Paciente mayor de edad: Copia de la credencial de elector Paciente menor de edad: Copia de la credencial del tutor					
FUNDAMENTO JURÍDICO			FORMATO A UTILIZAR		
ART. 4, constitución política de los estados unidos, ART. 2 ley general de salud					
NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN			Vo. Bo.		
_____ Coordinador de Salud Municipal			Lic. Jovanny de Jesús Ramón Cruz Presidente Municipal Constitucional		

**FORMATO DE
CONSULTAS MÉDICA.
PMA09F01**

NOMBRE: _____
DOMICILIO: _____
EDAD: _____
TALLA: _____
PESO: _____
F. CARDIACA: _____
F. RESPITATORIA: _____
TEMPERATURA. _____

SERVICIO COORDINACION SALUD

No.	NOMBRE DEL TRÁMITE Y/O SERVICIO			CLASIFICACIÓN	
02	traslados			Trámite	Servicio
					X
DESCRIPCIÓN Y OBJETIVO				TIEMPO DE RESPUESTA	
Proporcionar traslados a la población que lo requiera				1 hra	
COSTO	ÁREA DE PAGO	COMPROBANTE A OBTENER	VIGENCIA DEL COMPROBANTE		
Sin Costo	No aplica	Recetas y sol. de traslado	Indefinido		
USUARIOS			HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO		
Público en general			8:00 a 15:00 horas de Lunes a Viernes		
ÁREA EN LA QUE SE REALIZA EL TRÁMITE Y/O SERVICIO					
Coordinación d salud					
UBICACIÓN DE LA OFICINA			NÚMERO TELEFÓNICO		
Carretera Axtla – Ahuacatitla km 1 , Axtla de Terrazas, S.L.P.			489 36 10150		
REQUISITOS					
Copia de la credencial de elector del paciente y solicitante Copia de la curp del paciente y solicitante Copia de referencia med. o carnet de citas Solicitud de apoyo Solicitud de agradecimiento					
FUNDAMENTO JURÍDICO			FORMATO A UTILIZAR		
ART. 4, constitución política de los estados unidos, ART. 2 ley general de salud					
NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN			Vo. Bo.		
_____ Coordinador de Salud Municipal			Lic. Jovanny de Jesús Ramón Cruz Presidente Municipal Constitucional		

**FORTMATO DE TRASLADOS
PMA09F02**

NOMBRE COMPLETO: _____

DOMICILIO: _____

SOLICITUD DE APOYO _____

SOLICITUD DE AGRADECIMIENTO _____

SERVICIO COORDINACION SALUD

No.	NOMBRE DEL TRÁMITE Y/O SERVICIO			CLASIFICACIÓN	
03	Surtido de medicamento			Trámite	Servicio
					X
DESCRIPCIÓN Y OBJETIVO				TIEMPO DE RESPUESTA	
Proporcionar medicamento a la población en general				½ hra	
COSTO	ÁREA DE PAGO	COMPROBANTE A OBTENER	VIGENCIA DEL COMPROBANTE		
Sin Costo	No aplica	No aplica	Indefinido		
USUARIOS			HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO		
Público en general			8:00 a 15:00 horas de Lunes a Viernes		
ÁREA EN LA QUE SE REALIZA EL TRÁMITE Y/O SERVICIO					
Coordinación d salud					
UBICACIÓN DE LA OFICINA			NÚMERO TELEFÓNICO		
Carretera Axtla – Ahuacatitla km 1 , Axtla de Terrazas, S.L.P.			489 36 10150		
REQUISITOS					
Copia de la receta médica con vigencia de un mes					
FUNDAMENTO JURÍDICO			FORMATO A UTILIZAR		
ART. 4, constitución política de los estados unidos, ART. 2 ley general de salud			PMA09F03		
NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN			Vo. Bo.		
_____ Coordinador de Salud Municipal			Lic. Jovanny de Jesús Ramón Cruz Presidente Municipal Constitucional		

**FORMATO SURTIDO
MEDICAMENTOS
PMA09F03**

NOMBRE COMPLETO: _____

DOMICILIO COMPLETO: _____