



Formato del Registro Municipal de Trámites y Servicios

Nombre del trámite o servicio:	Terapia de Lenguaje		
Nombre y dirección de la Unidad Administrativa responsable del trámite o servicio.	Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia Municipio de Huitzilac. (DIF); ubicado en Libramiento a Tres Marías, Camino Antiguo a Coajomulco s/n. Centro de Huitzilac Morelos, C.P. 62510 Tel. (739) 39 3 04 87. Correo: pres.cedif@gmail.com		
Unidad administrativa y puesto del Servidor público responsable del trámite o servicio.	Terapia de Lenguaje Terapeuta de Lenguaje		
¿En qué otras oficinas se pueden efectuar el trámite o servicio?	Única sede.		
¿Quién presenta el trámite y en qué casos?	Cualquier persona que necesite la atención y orientación en caso de problemas de Lenguaje y/o Aprendizaje.		
Medio de presentación del trámite o servicio.	Formato de solicitud carta consentimiento informado de servicios.		
Horario de Atención al público.	Lunes a viernes de 8:30 a 15:30 horas		
Plazo oficial máximo de resolución	De 40 minutos por sesión una vez por semana.		
Vigencia.	Indefinida		
Ante el silencio de la autoridad aplica	Afirmativa ficta		
Requisitos y documentos anexo que se requieren			
No.		Original	Copia
1	Carta Consentimiento Informado para Servicios	1	
2	Carta Consentimiento Informado para Fotografías	1	
Costo y forma de determinar el monto:		Área de pago:	
Tramite gratuito		Tesorería Municipal, ubicada en Av. Lázaro Cárdenas No. 1 Col. Centro de Huitzilac, C. P. 62510, Morelos. Tel:739 393 930 751 Correo: tesoreriahuitzilac@gmail.com Horario: Lunes a Viernes de 9:00 a 16:00 hrs.	
Observaciones Adicionales:			
La persona debe acudir directamente a las instalaciones del DIF, para solicitar el formato y ser valorado.			
CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
Llenar el formato de solicitud y ser valorado.			
QUEJAS EN EL SERVICIO Y ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA.			
Contraloría Municipal. Av. Lázaro Cárdenas, No 1, Centro de Huitzilac, Morelos. C. P. 62510 TEL: 739 39 313 13 contraloriahuitzilac2019@gmail.com			



NOTA IMPORTANTE:

- De conformidad con el artículo 51, párrafo tercero de la Ley de Mejora Regulatoria para el Estado de Morelos y sus Municipios, “los Sujetos Obligados serán los responsables de ingresar y actualizar la información al Registro Estatal o al Registro Municipal, según corresponda. La legalidad y el contenido de la información que inscriban los Sujetos Obligados en los Registros Estatal o Municipal, son de su estricta responsabilidad”.
- De conformidad con los artículos 52, 53 y 54 de la Ley de Mejora Regulatoria para el Estado de Morelos y sus Municipios, los Sujetos obligados deben inscribir y mantener actualizada la información de sus trámites y servicios y **NO PODRÁN APLICAR TRÁMITES O SERVICIOS ADICIONALES A LOS ESTABLECIDOS EN LOS CATÁLOGOS ESTATAL O MUNICIPALES, NI PODRÁN EXIGIR REQUISITOS ADICIONALES EN FORMA DISTINTA A COMO SE INSCRIBAN EN LOS MISMOS.**

En términos de lo dispuesto por el artículo 67, de la misma Ley en comento, la afirmativa ficta procede cuando las Personas Físicas o Morales que solicitaron algún trámite o servicio ante las Dependencias o Entidades, habiendo cumplido con todos los requisitos Legales en tiempo y forma, no hayan obtenido respuesta alguna en el plazo establecido.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS

Nombre del paciente:	Edad:	Sexo:
Escolaridad u ocupación:	Domicilio:	
Motivo de Consulta:		

Por este conducto el (la) suscrito(a) _____ quien dice ser _____ del (a) _____ en referencia y quien se identifica con credencial _____ con número de folio _____ y dice tener _____ años de edad, ser originario(a) de _____ y vecino(a) de la ciudad



de _____ con domicilio en _____, estado civil _____ y quien manifiesta lo siguiente:

Otorgo de manera voluntaria mi consentimiento para permitir que la **Tp. Brenda Cristina González Hernández** realice unas valoraciones y/o diagnóstico y/o aplicación de propuestas terapéuticas a _____ de acuerdo al proyecto de CEDIF MUNICIPAL DE HUITZILAC, luego de haber sido informado(a) y comprendido detalladamente su totalidad sobre dicho proyecto y sobre los posibles beneficios directos e indirectos del diagnóstico y/o estudio en la salud del paciente.

Entiendo que la participación de _____ en las valoraciones y/o diagnóstico y/o aplicación de propuestas terapéuticas, es en el sentido de que:

- I. Es completamente voluntario.
- II. Como otorgante del consentimiento informado, puedo retirar a mi familiar del diagnóstico y/o estudio cuando así lo considere (mos), aún y cuando el terapeuta no lo solicite, informando por escrito para ello a la **Sra. Emili Dorazco Pauceno** responsable correspondiente.
- III. Asimismo, la Tp. **Brenda Cristina González Hernández**, se compromete a:
 - a. Guardar estricta confidencialidad sobre las valoraciones y/o diagnóstico y/o aplicación de propuestas terapéuticas.
 - b. Proporcionar información actualizada cuando así lo solicite el (la) suscrito(a).
 - c. Desarrollar las valoraciones y/o diagnóstico y/o aplicación de propuestas terapéuticas en apego a los protocolos y normas de ética profesional aplicable.

Lugar en que se llevarán a cabo dichas valoraciones y/o diagnóstico y/o aplicación de propuestas terapéuticas: CEDIF MUNICIPAL DE HUITZILAC.

Aunado a lo anterior, en caso de dudas en las valoraciones y/o diagnóstico y/o aplicación de propuestas terapéuticas, puede comunicarse en cualquier momento a las instalaciones del CEDIF DEL MUNICIPIO DE HUITZILAC.

Nuevamente reitero que Yo, _____, he aceptado, leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.

Huitzilac, Morelos, a de de 2019.

(Nombre completo y firma)
PADRE, TUTOR O FAMILIAR

BRENDA CRISTINA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ
TERAPEUTA