

A)Nombre del trámite o servicio	Consultas médicas
B)Sujetos que lo pueden solicitar	Población en general, niños, adolescentes y adultos que requieran un diagnóstico, examen clínico, tratamiento o seguimiento por alguna molestia o enfermedad.
C)Plazo de resolución	Inmediata
D)Requisitos	Nombre Edad Domicilio Número telefónico
E)Descripción del proceso para realización del tramite	Solicitar una cita en el departamento de servicio médico, pacientes que no se encuentran agendados de igual manera se les otorga la atención intercalando un paciente citado y uno que llegue a solicitar el servicio. En caso de ser una persona de escasos recursos o con mayor vulnerabilidad se enviara al departamento de trabajo social para un estudio socioeconómico y otorgarle un pase de exento.
F)Nombre del formato de solicitud	Pase exento otorgado previamente por trabajo social
G)Vigencia	Fecha y horario establecido en su pase
H)nombre del comprobante	Receta médica, hoja de diagnóstico, certificado médico. Recibo de pago. Es es referido por trabajo social se le otorga su recibo con leyenda de exento.

A)Nombre del trámite o servicio	Brigadas medicas
B)Sujetos que lo pueden solicitar	Agentes municipales y Escuelas que requieran llevar un mayor beneficio en salud a la población a su cargo.
C)Plazo de resolución	De acuerdo a la agenda de Servicio medico
D)Requisitos	Oficio
E)Descripción del proceso para realización del tramite	Oficio dirigido a la presidenta de DIF Tuxpan con atención al Director solicitando la jornada de Salud para beneficio de la población que tienen a su cargo
F)Nombre del formato de solicitud	No aplica
G)Vigencia	No aplica
H)nombre del comprobante	Oficio sellado de recibido por Dirección

A)Nombre del trámite o servicio	Apoyos odontológicos
B)Sujetos que lo pueden solicitar	Población en general, niños, adolescentes y adultos que requieran un diagnóstico, tratamiento y prevención de alguna enfermedad del aparato estomatognático la cual incluye encías, dientes, tejido periodontal, caries y restos radiculares
C)Plazo de resolución	Inmediata
D)Requisitos	Nombre Edad Domicilio Número telefónico
E) Descripción del proceso para realización del tramite	Solicitar una cita en el departamento de servicio médico para el área de odontología, conforme van llegando los pacientes se anotan para así poder proporcionarles el servicio odontológico que requieran. Dentro del área de odontología manejamos diferentes tipos de tratamientos como son restauraciones con amalgama, resina, limpiezas dentales y extracciones, primeramente antes de realizar algún tratamiento odontológico el paciente es primero valorado por la odontóloga, posteriormente se le explica al paciente el plan de tratamiento que se va realizar. En caso de ser pacientes con problemas de hipertensión y diabetes primero deberán ser valorados por su médico y tener un buen control en sus niveles de presión y glucosa. Aun así, en el departamento de dental se le checara la presión y se les practicara una prueba de glucosa rápida, en caso de ser una persona de escasos recursos, se enviara al departamento de trabajo social para que le realicen su estudio socioeconómico y le proporcionen su vale de exento.
F)Nombre del formato de solicitud	Pase exento otorgado previamente por el servicio de trabajo social
G)Vigencia	Fecha y horario establecido en su pase
H)nombre del comprobante	Recibo de pago, si es referido por trabajo social se le otorga su recibo con leyenda de exento.

A)Nombre del trámite o servicio	DONACION DE MEDICAMENTOS
B)Sujetos que lo pueden solicitar	Población en general
C)Plazo de resolución	inmediata
D)Requisitos	Receta médica expedida por alguna institución o médico.
E)Descripción del proceso para realización del tramite	se recibe al paciente con su receta médica, si contamos con el medicamento, se envía al departamento de trabajo social para que le extienda un vale de donación de medicamentos y con ese vale proporcionamos el medicamento de manera gratuita
F)Nombre del formato de solicitud	Vale exento
G)Vigencia	No aplica
H)nombre del comprobante	No aplica

A)Nombre del trámite o servicio	PROMOCION A LA SALUD
B)Sujetos que lo pueden solicitar	Escuelas que requieran llevar un mayor beneficio en salud a la población a su cargo.
C)Plazo de resolución	De acuerdo a la agenda de Servicio medico
D)Requisitos	Oficio
E)Descripción del proceso para realización del tramite	Oficio dirigido a la presidenta de DIF Tuxpan con atención al Director solicitando Pláticas de Salud para beneficio de la población que tienen a su cargo.
F)Nombre del formato de solicitud	No aplica
G)Vigencia	No aplica
H)nombre del comprobante	Oficio sellado de recibido por Dirección

COPIA NO VALIDA

CERTIFICADO MÉDICO

El que suscribe, Dr.(a) _____, Médico Cirujano legalmente autorizado para ejercer su profesión, con cédula profesional _____, **certifico** que se le realizó examen médico a:

_____ de sexo _____
de _____ de edad, encontrándose:

Talla	_____ cm.	Visual	Normal (X)	Anormal ()
Peso	_____ Kgs.	Auditivo	Normal (X)	Anormal ()
FC	_____ x min.	Tórax	Normal (X)	Anormal ()
FR	_____ x min.	Abdomen	Normal (X)	Anormal ()
Temp	_____ °C	Extremidades	Normal (X)	Anormal ()

Grupo sanguíneo: _____ Rh: _____

Alergias: (SI) (NO) a: _____

DIAGNOSTICO:

A petición de los interesados y para los fines que convengan, se extiende la presente en el municipio de Tuxpan de Rodríguez – Cano, Veracruz, a los _____ días del mes de _____ del año 202__.

FIRMA DEL MÉDICO

DRA. _____

Médico Cirujano y Partero
Cédula Profesional _____
Medicina General

DIF MUNICIPAL

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

EDAD: _____

TA: _____

F.C: _____ x'

FR: _____ x'

TEMP: _____ °C

PESO: _____ Kg

ALERG: _____

I.D: _____



FIRMA _____



Demetrio Ruiz Malerva esq. Rio Nautla s/n Col. Jardines de Tuxpan, Tuxpan Ver. Tel 83 834 0441 y 783 834 9265



Demetrio Ruiz Malerva esq. Rio Nautla s/n
Col. Jardines de Tuxpan, Tuxpan Ver.
Tel 783 834 0441 y 783 834 9265



HOJA DE REFERENCIA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

NOMBRE: _____ EDAD: 55 AÑOS SEXO: _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: _____

ESCOLARIDAD: _____ RELIGIÓN: _____

DOMICILIO ACTUAL: _____

TELEFONO: **NINGUNO**

RESUMEN CLINICO

AHF:
APP:.
AQX:

MOTIVO DE ENVIO:

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

MANEJO / PLAN / TRATAMIENTO:

Médico Tratante: _____ **Cedula:** _____

Resumen Clínico

FECHA: _____

NOMBRE	
EDAD	
SEXO	

SIGNOS VITALES

PESO	TALLA	TEMP	T/A	FC	FR	SAT°	GLUCOSA
KG	-						

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

EXPLORACIÓN FÍSICA:

DIAGNOSTICO:

PLAN DE MANEJO:

DR(A): _____

MEDICO DIF

CED. PROF. _____