

Tuxpan de Rodríguez Cano, Ver., a 14 de marzo de 2024.

TXP/DSA/0196/24.

**C. Lic. José Manuel Pozos Castro.**  
**Presidente Municipal Constitucional**  
**de Tuxpan, Ver.**  
**Presente.-**

**At'N: C. Lic. Alejandra Michelle Morales Cruz.**  
**Titular de la Unidad de Transparencia.**  
**Presente.-**

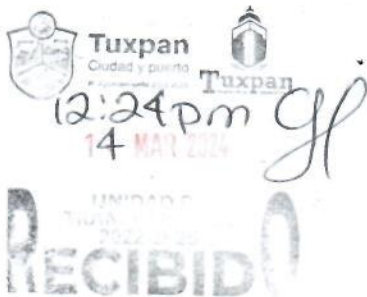
**Asunto: El que se indica.**

En relación a la circular S/N enviada el 14 de marzo de 2024, me permito informar a usted los Servicios, Trámites y Tarifas que se ofrecen en esta dirección de Salud y Asistencia Pública (anexo Formato).

- Realizar gestión y asesoría a la población
- Control de la cartilla de salud municipal
- Atención de urgencias médicas y traslados programados en la ambulancia
- Promoción de la salud a toda la población
- Prevención de enfermedades en conjunto con la jurisdicción sanitaria
- Orientación a la ciudadanía en temas de salud

Los servicios que se ofrecen en esta dirección son totalmente gratuitos.

Agradezco de antemano la atención brindada al presente escrito, quedo de usted como su atento y seguro servidor.



Respetuosamente

Dr. Jesús Fomperosa Torres

Director de Salud y Asistencia Pública



c.c.p.- Archivo.





**DIRECCIÓN DE SALUD  
Y ASISTENCIA PÚBLICA**



FOLIO: TXP/DSA/002/23

<b>Apellido Paterno</b> SILVA	<b>Materno</b> CRUZ	<b>Nombre(s)</b> ARELY RUBY
<b>Domicilio (Calle, #, Colonia, Mpio. Edo)</b> CALLE RAFAEL RAMIREZ, MZA 8, LT 2; U. HAB. ALFONSO ARROYO FLORES, TUXPAN, VER.		
<b>Fecha de Nacimiento</b> 26 NOV 1995	<b>Grupo sanguíneo</b> A	<b>Rh</b> Positivo
<b>Lugar de Nacimiento</b> Tampico, Tamaulipas		
<b>Edad</b> 26 años	<b>Escolaridad</b> Bachillerato	<b>Estado civil</b> Casada
<b>Tel. Particular</b> 782 212 1140		
<b>En caso de emergencia avisar a:</b> Maricela Beltran		
<b>Domicilio</b> Tuxpan, Ver.		<b>Teléfono</b> 783 1107333
<b>Fecha de inicio</b>	<b>Día</b> 19	<b>Mes</b> Julio
<b>Año</b> 2022	<b>Vigencia</b>	<b>Día</b> 19
		<b>Mes</b> Julio
		<b>Año</b> 2023

Proporcione todos los datos requeridos para que sean asentados en un registro de filiación, recibiendo una Tarjeta de Salud Municipal, la cual hace constar que se cumplieron con los requerimientos de la ley y sus reglamentos municipales

NOMBRE Y FIRMA

<p><b>TARJETA DE SALUD MUNICIPAL</b></p> <p><b>C. SILVA CRUZ ARELY RUBY</b></p> <p>Dr. Jesús Fomperosa Torres Director de Salud y Asistencia Pública</p>		<p>Vigencia: del 6 de Enero al 31 de Diciembre de 2023.</p> <p>La Dirección de Salud y Asistencia Pública Municipal, Certifica que El (La) Portador(a) de la presente tarjeta, cumple con los requerimientos sanitarios necesarios conforme al Art.62 del Reglamento Municipal de Salud y Asistencia Pública vigente.</p> <p>APARENTE MENTE SANA <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>ENFERMA <input type="checkbox"/></p> <p>VDRL - HEPATITIS "B" - HEPATITIS "C" <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>VIH <input type="checkbox"/></p> <p>CADA 90 DÍAS <input checked="" type="checkbox"/> 2a <input type="checkbox"/> 3a <input type="checkbox"/> 4a</p> <p>PAPANICOLAU <input type="checkbox"/></p> <p>Anual</p> <p>E F M A M J J A S O N D</p>
--	--	---

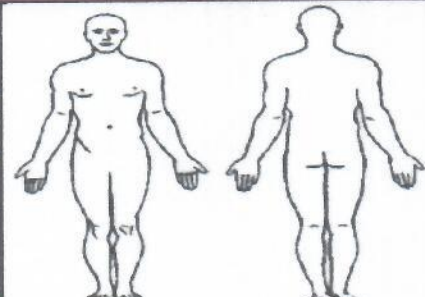





# SISTEMA DE URGENCIAS MEDICAS Y ASISTENCIA

H. AYUNTAMIENTO DE TUXPAN DE RODRIGUEZ CANO, VER.  
DIRECCION DE SALUD Y ASISTENCIA PUBLICA



FAMP 1.- FORMATO DE ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIA.						AMBULANCIA:			
Numeral 7.1.9 DE LA NOM-034-SSA3-2013. Regulación de los servicios de salud, Atención Médica Prehospitalaria.						FOLIO A -			
CRONOMETRIA (MEDIDA EXACTA DEL TIEMPO)									
FECHA	HORA LLAMADA	HORA SALIDA	HORA LLEGADA	HORA TRASLADO	HORA LLEGADA HOSPITAL	HORA RETORNO			
DATOS DE DESPACHO									
PLACAS DE AMBULANCIA:		NOMBRE DE LA INSTITUCION: <b>SISTEMA DE URGENCIAS MEDICAS Y ASISTENCIA</b>							
RESPONSABLE DEL SERVICIO:			PARAMEDICO ABORDO (1):						
OPERADOR DE LA UNIDAD:			PARAMEDICO ABORDO (2):						
TIPO DE SERVICIO:	URGENCIA:	TRASLADO PROGRAMADO:	CUIDADOS INTENSIVOS:	EVENTO ESPECIAL:					
DATOS DEL SERVICIO									
DONDE OCURRE:	VIA PUBLICA	TRABAJO:	HOGAR:	ESCUELA:	INST DEPOR:	OTRO:			
CALLE:	MUNICIPIO:		ESTADO:	REFERENCIAS:	NUMERO:	COLONIA:			
DATOS DEL PACIENTE									
NOMBRE:			EDAD:	AÑOS	MESES	SEXO: <b>F</b> <b>M</b>			
DOMICILIO CALLE:			NUMERO:	COLONIA:					
MUNICIPIO:			ESTADO:	REFERENCIA O TELEFONO:					
ANTECEDENTES DEL PACIENTE (PATOLOGICOS)									
HAS	DM II	CARDIACAS:	OTRAS:						
CAUSA TRAUMATICA (AGENTE CAUSAL)									
1.- ARMA DE FUEGO	2.- JUGUETE	3.- AUTOMOTOR	4.- BICICLETA	5.- PROD. BIOLÓGICO	6.- MAQUINARIA	7.- HERRAMIENTA			
8.- FUEGO	9.- ANIMAL	10.- SUST. TOXICA	11.- ELECTRICIDAD	12.- EXPOSION	13.- SER HUMANO	14.- SUST. CALIENTE			
15.- OTRO - ESPECIFIQUE:									
CAUSA CLINICA									
NEUROLOGICA	RESPIRATORIA	DIGESTIVA	UROGENITAL	PSICOLOGICA	MUSCULO ESQUELETICO	CARDIOVASCULAR			
INFECCIOSA	ONCOLOGICA	METABOLICA	OTROS/ESPECIFIQUE:						
CAUSA GINECOLOGICA									
GESTA:	PARA:	CESAREA:	ABORTO:	FUR:	FPP:	FCF:			
EVALUACION PRIMARIA (EXPLORACION FISICA BASICA)									
NIVEL DE CONSCIENCIA:	A	V	D	I	ESCALA DE COMA DE GLASGOW:	OCULAR	VERBAL	MOTOR	TOTAL:
VIA AEREA:	VENTILACION:	PULSOS:	PIEL:		SIGNOS VITALES:				
PERMEABLE	NORMAL	PRESENTES	NORMAL		FC:	FR:	SatO2:		
COMPROMETIDA	ANORMAL	AUSENTES	ANORMAL		T/A	TEMP:	GLUC:		
EVALUACION SECUNDARIA									
1.- DEFORMIDADES	8.- QUEMADURAS				TIPO DE SANGRE:		REFLEJO PUPILAR		
2.- CONTUSIONES	9.- LACERACIONES				S	TIPOS DE PUPILAS			
3.- ABRASIONES	10.- EDEMA				A				
4.- PENETRACIONES	11.- DOLOR				M				
5.- CREPITACION	12.- MOV. PARADOJICOS				P				
6.- HERIDAS	13.- ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD				L				
7.- FRACTURAS					E				
14.- OTROS:		DERECHOHABIENTE A:		OBSERVACIONES:					
ESPECIFIQUE:									
MANEJO PROPORCIONADO: VIA AEREA, VENTILACION, CIRCULACION, LIQUIDOS ENDOVENOSOS, FARMACOS, INMOVILIZACION U OTRA INDICACION									
INSUMOS UTILIZADOS: MEDICAMENTOS, MATERIAL DE CURACION, ETC.									
PERTENENCIAS PERSONALES QUE SE ENTREGAN JUNTO CON EL PACIENTE:									
DATOS LEGALES: MINISTERIO PUBLICO, PATRULLAS, BOMBEROS, VEHICULOS INVOLUCRADOS, PLACAS, ETC.									
DERIVACION DEL PACIENTE AL HOSPITAL:		DOMICILIO		EN EL SITIO		SE NIEGA			
DEFUNCION EN EL SITIO:	DEFUNCION EN TRASLADO:	DEFUNCION EN HOSPITAL:	OTRO/ESPECIFIQUE:						
ENTRGA PACIENTE: _____ NOMBRE, FECHA Y FIRMA				<b>MEDIANTE LA PRESENTE, DECLARO QUE ME NIEGO A RECIBIR EL TRATAMIENTO Y/O TRASLADO, POR PARTE DEL PERSONAL DE LA AMBULANCIA.</b>  <b>PACIENTE</b> <span style="float: right;"><b>TESTIGO</b></span>					
RECIBE PACIENTE: <b>DR(A)</b> _____ NOMBRE, FECHA Y FIRMA									
				NOMBRE, FECHA, FIRMA.		NOMBRE, FECHA, FIRMA.			