



| | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|-------------------------------------|----------|---|----------|--|---------------|-----|--|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | SERVICIO | X | | | | | | |
| Odontología/Extracciones Simples | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | | | | | | | | |
| Una extracción dental es el acto quirúrgico mediante el cual se retira un órgano dental o parte de él, como puede ser una raíz o resto radicular. | | | | | | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | Artículo 4to de la constitución política de los estados unidos mexicanos. Ley general de la salud | | | | | | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | Receta médica – Recibo del tratamiento dental. | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | Receta 2 días. | | | | | | | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | <table border="1"> <tr> <td>S</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>I</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>x</td> <td></td> </tr> </table> | S | N | I | O | x | | DIRECCIÓN WEB | N/A | |
| S | N | | | | | | | | | |
| I | O | | | | | | | | | |
| x | | | | | | | | | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | Cuando el paciente lo requiera. | | | | | | | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | N/A | | | | | | | | | |
| REQUISITOS: | ORIGINAL Anotar SI o NO | COPIAS anotar con número | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO, | | | | | | | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | | | | | | | |
| 1. Registro de bitácora de servicios. | SI | 0 | Control interno administrativo. | | | | | | | |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | | | | | | | | |
| N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | | | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | | | | | | |
| N/A | N/A | N/A | N/A | | | | | | | |



| | | | | | | | | |
|---|---|---|--------------------|----|---|----|----------------------------|--------|
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO | <p>1.- Solicitante del servicio acude a instalaciones.</p> <p>2.- Se registra en la entrada en libro florete.</p> <p>3.- El ciudadano pasa al consultorio a agendar cita, o en caso de tener espacio disponible se le atiende en ese mismo momento.</p> <p>4. Si se realiza algún servicio, se le extiende un recibo para pagar en caja.</p> <p>5.- El paciente regresa a dejar recibo copia y a agendar próxima cita de ser necesario.</p> | | | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | 15 min | | | | | | | |
| COSTO: | \$100 | Fundamento jurídico: la junta de gobierno SMDIF de Xalatlaco es quien elabora los tabuladores | | | | | | |
| FORMA DE PAGO: | EFECTIVO | si | TARJETA DE CRÉDITO | no | TARJETA DE DÉBITO | no | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | n o |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | En recepción del SMDIF Xalatlaco. | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | N/A | | | | | | | |
| 20) CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | <p>No se otorgará el servicio en los siguientes casos; si el paciente no llega a consulta, capacitaciones del personal, por platicas escolares, por enfermedad, por una comisión extraoficial.</p> <p>Si te otorga el servicio en los siguientes casos: Cuando el paciente haya agendado su cita, o acuda al consultorio y haya disponibilidad de tiempo.</p> | | | | | | | |
| (21) APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA. | N/A | | | | | | | |
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | |
| SISTEMA MUNICIPAL DIF DE XALATLACO | | | | | ODONTOLOGIA | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | | | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | Av. 16 de septiembre | | | NO. INT. Y EXT.: | 2 | | |



| | | | | | | |
|---|--|-----------------------------|--------------------------------------|---------------------|-----------|--|
| COLONIA : | Centro | | | MUNICIPIO: | Xalatlaco | |
| C.P : | 52680 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | De lunes a viernes De 9 am a 5 pm | | | |
| LADA: | TELEFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| 01 722 | 7131311606 | N/A | N/A | | | |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | | |
| OFICINA: | N/A | | | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | N/A | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | N/A | | NO. INT. Y EXT.: | N/A | |
| COLONIA : | N/A | | | MUNICIPIO: | N/A | |
| C.P : | N/A | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | N/A | | | |
| LADA: | TELEFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | | |
| FORMATO(S) DESCARGABLES | N/A | | | | | |
| INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿Corremos algún riesgo al momento de una extracción dental? | | | | | |
| RESPUESTA: | Sí, posible infección, desprendimiento del coagulo, si no se siguen las indicaciones postoperatorias, etc. | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿Es muy doloroso una extracción dental? | | | | | |
| RESPUESTA: | No, se anestesia en el procedimiento. | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿Existe algún tipo de descuento para adultos mayores? | | | | | |
| RESPUESTA: | NO | | | | | |



TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS

N/A

ELABORÓ:

VISTO BUENO:

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

31/01/2024

CD. Amafrany Paola Gracida
Ensastegui.
Odontóloga del SMDIF de
XALATLACO.

LIC. PSIC. ALHELÍ SOLANO
DÁVILA.
Presidenta del SMDIF de
XALATLACO.