

## Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo

### PROGRAMAS

#### Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios

**•Nombre del Programa:**

Servicios de prevención y control de riesgos sanitarios (Atención a las denuncias por Insalubridad , maltrato, agresiones de perros a humanos y de perros a perros)

**•Requisitos que deben cumplir para ser beneficiados con el Programa:**

- Proporcionar la información referente a la queja que interpone la denunciante ante la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, puede ser de forma personal, por escrito, vía telefónica, a través de la Dirección de Atención Ciudadana y 072.
- Nombre del denunciante, número telefónico y dirección.
- Nombre y dirección exacta de la persona que está provocando la insalubridad ó la infracción.
- \* Si la persona denunciante quiere que su denuncia sea anónima no aparecerán sus datos en la papeleta de denuncia.

**•Horario y lugar para realizar trámites:**

De 8:00 -15:00 hrs de lunes a viernes con domicilio en: calle 2ª norte entre calle central y 1ª oriente o a través del 072 las 24 hrs.

**•Formato que se emplea para tramitar el ingreso al Programa: (Adjuntar archivo de formato)**

Formato libre que debe contener los datos específicos de la persona denunciante (nombre, número telefónico, dirección exacta) y del denunciado (nombre y dirección exacta).

## Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo

### PROGRAMAS

#### Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios

**•Nombre del Programa:**

Servicios de prevención y control de riesgos sanitarios (Insalubridad de Puestos fijos o semifijos de expendios para venta de alimentos para consumo humano)

**•Requisitos que deben cumplir para ser beneficiados con el Programa:**

- Proporcionar la información referente a la queja que interpone la denunciante ante la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, puede ser de forma personal, por escrito, vía telefónica, a través de la Dirección de Atención Ciudadana y 072.
- Nombre del denunciante, número telefónico, dirección.
- Nombre y dirección exacta de la persona que está provocando la insalubridad ó la infracción.
- \* Si la persona denunciante quiere que su denuncia sea anónima no aparecerán sus datos en la papeleta de denuncia.

**•Horario y lugar para realizar trámites:**

De 8:00 -15:00 hrs de lunes a viernes con domicilio en: 2ª norte entre calle central y 1ª oriente o a través del 072 las 24 hrs.

**•Formato que se emplea para tramitar el ingreso al Programa: (Adjuntar archivo de formato)**

Formato libre que debe contener los datos específicos de la persona denunciante (nombre, número telefónico, dirección exacta) y del denunciado (nombre y dirección exacta).

## Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo

### PROGRAMAS

#### Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios

**•Nombre del Programa:**

Servicios de prevención y control de riesgos sanitarios (Atención a denuncias por insalubridad en Granjas, Establos y Establecimientos de sacrificio, procesamiento, almacenamiento y expendio de productos o subproductos de origen animal)

**•Requisitos que deben cumplir para ser beneficiados con el Programa:**

•Proporcionar la información referente a la queja que interpone la denunciante ante la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, ya sea de forma personal, por escrito, vía telefónica, a través de atención ciudadana y 072.

•Nombre del denunciante, número telefónico, dirección.

•Nombre y dirección exacta de la persona que está provocando la insalubridad ó la infracción.

\* Si la persona denunciante quiere que su denuncia sea anónima no aparecerán sus datos en la papeleta de denuncia.

**•Horario y lugar para realizar trámites:**

De 8:00 -15:00 hrs de lunes a viernes con domicilio en: 2ª norte entre calle central y 1ª oriente o a través del 072 las 24 hrs.

**•Formato que se emplea para tramitar el ingreso al Programa: (Adjuntar archivo de formato)**

Formato libre que debe contener los datos específicos de la persona denunciante (nombre, número telefónico, dirección exacta) y del denunciado (nombre y dirección exacta).

## Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo

### PROGRAMAS

#### Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios

**•Nombre del Programa:**

Vigilancia en clínicas veterinarias, tiendas de mascota, estéticas caninas y acuarios.

**•Requisitos que deben cumplir para ser beneficiados con el Programa:**

•Proporcionar la información referente a la queja que interpone la denunciante ante la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, ya sea de forma personal, por escrito, vía telefónica, a través de atención ciudadana y 072.

•Nombre del denunciante, número telefónico, dirección.

•Nombre y dirección exacta de la persona que está provocando la insalubridad ó la infracción.

\* Si la persona denunciante quiere que su denuncia sea anónima no aparecerán sus datos en la papeleta de denuncia.

**•Horario y lugar para realizar trámites:**

De 8:00 -15:00 hrs de lunes a viernes con domicilio en: 2ª norte entre calle central y 1ª oriente o a través del 072 las 24 hrs.

**•Formato que se emplea para tramitar el ingreso al Programa: (Adjuntar archivo de formato)**

Formato libre que debe contener los datos específicos de la persona denunciante (nombre, número telefónico, dirección exacta) y del denunciado (nombre y dirección exacta).

## Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo

### PROGRAMAS

#### Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios

**•Nombre del Programa:**

Vigilancia de establecimientos de vídeo juegos, juegos de mesa y similares.

**•Requisitos que deben cumplir para ser beneficiados con el Programa:**

•Proporcionar la información referente a la queja que interpone la denunciante ante la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, ya sea de forma personal, por escrito, vía telefónica, a través de atención ciudadana y 072.

•Nombre del denunciante, número telefónico, dirección.

•Nombre y dirección exacta de la persona que está provocando la insalubridad.

\* Si la persona denunciante quiere que su denuncia sea anónima no aparecerán sus datos en la papeleta de denuncia.

**•Horario y lugar para realizar trámites:**

De 8:00 -15:00 hrs de lunes a viernes con domicilio en: calle 2ª norte entre calle central y 1ª oriente o a través del 072 las 24 hrs.

**•Formato que se emplea para tramitar el ingreso al Programa: (Adjuntar archivo de formato)**

Formato libre que debe contener los datos específicos de la persona denunciante (nombre, número telefónico, dirección exacta) y del denunciado (nombre y dirección exacta).

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**  
**PROGRAMAS**  
**Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios**

**•Nombre del Programa:**

Vigilancia Sanitaria de Tortillerías y molinos de Nixtamal

**•Requisitos que deben cumplir para ser beneficiados con el Programa:**

•Proporcionar la información referente a la queja que interpone la denunciante ante la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, puede ser de forma personal, por escrito, vía telefónica, a través de la Dirección de Atención Ciudadana y 072.

•Nombre del denunciante, número telefónico, dirección.

•Nombre y dirección exacta de la persona que está provocando la insalubridad ó la infracción.

\* Si la persona denunciante quiere que su denuncia sea anónima no aparecerán sus datos en la papeleta de denuncia.

**•Horario y lugar para realizar trámites:**

De 8:00 -15:00 hrs de lunes a viernes con domicilio en: 2ª norte entre calle central y 1ª oriente o a través del 072 las 24 hrs.

**•Formato que se emplea para tramitar el ingreso al Programa: (Adjuntar archivo de formato)**

Formato libre que debe contener los datos específicos de la persona denunciante (nombre, número telefónico, dirección exacta) y del denunciado (nombre y dirección exacta).

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**  
**SERVICIOS**

**Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios**

**•Nombre del Servicio:**

Expedición de tarjeta de vigilancia sanitaria para clínicas, hospitales y consultorios veterinarios, tiendas de mascota, estéticas caninas.

**•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:**

Los requisitos para el trámite de la tarjeta de vigilancia sanitaria son:

- Original y copia de la cédula profesional del Médico Veterinario Zootecnista responsable.
- Original y copia de la credencial de elector del Veterinario responsable.
- Original y copia de la cédula de Contribuyente (RFC)
- Original y copia de la Licencia de Factibilidad de Uso y Destino del Suelo: Se tramita en la Dirección de Ordenamiento Territorial, ubicada en avenida central entre 4ª y 5ª poniente edificio Valanci, 2º piso.
- Presentarse con los requisitos completos a la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios para otorgarle la papeleta de cobro y efectuar el pago correspondiente ante la Dirección de Ingresos.

**•Horario y lugar para Realizar Trámites:**

De 8:00-15:00 hrs de lunes a viernes con domicilio en: calle 2ª norte entre calle central y 1ª oriente.

**•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)** Formato libre que debe contener el nombre completo del Médico Veterinario responsable del establecimiento, su RFC, dirección, ser mayor de edad, escribir los giros o rubros que incluyó para el otorgamiento de la Factibilidad de Uso y Destino de Suelo perteneciente a la clínica veterinaria a su cargo.

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**  
**SERVICIOS**

**Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios**

**•Nombre del Servicio:**

Expedición de la tarjeta de vigilancia sanitaria para establecimientos de vídeo juegos, juegos de mesa y similares.

**•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:**

Los requisitos para el trámite de la tarjeta de vigilancia sanitaria son:

- Original y copia de la credencial de elector del responsable.
- Original y copia de la cédula de Contribuyente (RFC).
- Constancia de no adeudos fiscales, emitida por la Tesorería Municipal.
- Original y copia de la Licencia de Factibilidad de Uso y Destino del Suelo: Se tramita en la Dirección de Ordenamiento Territorial, ubicada en avenida central entre 4ª y 5ª poniente Edificio Valanci, 2º piso.
- Constancia emitida por la Dirección Municipal de Protección Civil.
- Presentarse con los requisitos completos a la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios para otorgarle la papeleta de cobro y efectuar el pago correspondiente ante la Dirección de Ingresos.

**•Horario y lugar para Realizar Trámites:**

De 8:00-15:00 hrs de lunes a viernes con domicilio en: calle 2ª norte entre calle central y 1ª oriente.

**•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)** Formato libre que debe contener el nombre completo del responsable del establecimiento, su RFC, dirección, ser mayor de edad, Factibilidad de Uso y Destino de Suelo perteneciente al establecimiento así como la constancia de la Dirección de Protección Civil Municipal.



## Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo

### SERVICIOS

#### Clínica de Diagnóstico de la Mujer Poniente

- **Nombre del Servicio:** Consulta General.

**Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:**

- Acudir directamente al módulo de información, solicitar ficha numerada, pagar el derecho del servicio y acudir al módulo de enfermería para que le tomen los signos vitales.

- **Horario y lugar para realizar trámites:** De lunes a viernes de 7:00 am a 15:00 hrs.  
En la clínica de Diagnostico de la Mujer Poniente, ubicada en Barrio Mirador II Col. San José Terán. Tel. 1401882-83

- **Formato que se emplea para tramitar el Servicio: (Adjuntar archivo de formato)** No aplica.

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clínica de Diagnóstico de la Mujer Poniente**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nombre del Servicio:</b> Colposcopia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b> Primeramente deberán realizarse el papanicolaou, tomando en cuenta lo siguiente: no haber tenido relaciones sexuales 3 días antes del estudio, no estar bajo tratamiento vaginal, no estar menstruando (8 días antes y 8 días después del periodo), pasar a consulta general para tratamiento y posteriormente se realizara la colposcopia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Horario y lugar para Realizar Trámites:</b> De lunes a viernes de 7.00 A 13:00 Hrs. En la clínica de Diagnostico de la Mujer Poniente, ubicada en Barrio Mirador II Col. San José Terán. Tel. 1401882-83</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio :</b> (Adjuntar archivo de formato) No aplica.</li> </ul>

#### Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo

##### SERVICIOS

##### Clínica de Diagnóstico de la Mujer Poniente

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nombre del Servicio:</b> Papanicolaou</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b> No haber tenido relaciones sexuales 3 días antes del estudio, no estar bajo tratamiento vaginal, no estar menstruando (8 días antes y 8 días después del periodo), pasar a consulta general para tratamiento y posteriormente se realizara la colposcopia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Horario y lugar para realizar trámites:</b> De lunes a viernes de 7.00 A 15:00 Hrs. En la clínica de Diagnostico de la Mujer Poniente, ubicada en Barrio Mirador II Col. San José Terán. Tel. 1401882-83</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio: (Adjuntar archivo de formato) No aplica.</b></li> </ul>

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clínica de Diagnóstico de la Mujer Poniente**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nombre del Servicio:</b> Mastografía</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b> Presentarse bañadas, rasuradas de las axilas, sin talco, sin crema, sin desodorante o loción y sin maquillaje.</li> </ul>                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Horario y lugar para realizar trámites:</b> De lunes a viernes de 7.00 A 13:00 Hrs.<br/>En la clínica de Diagnostico de la Mujer Poniente, ubicada en Barrio Mirador II Col. San José Terán. Tel. 1401882-83</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el servicio: (Adjuntar archivo de formato)</b> No aplica.</li> </ul>  |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clínica de Diagnóstico de la Mujer Poniente**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nombre del Servicio:</b> Consulta Ginecológica.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b> Al acudir a la Clínica por primera vez deberá pasar a consulta general para que se le integre un expediente, posteriormente se le podrá agendar una cita con la ginecóloga, en caso contrario deberá traer una orden de un médico general para que se le agende una cita a ginecología.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Horario y lugar para realizar trámites:</b> De lunes a viernes de 8:00 A 12:30 Hrs.<br/>En la clínica de Diagnostico de la Mujer Poniente, ubicada en Barrio Mirador II Col. San José Terán. Tel. 1401882-83</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio: (Adjuntar archivo de formato) No aplica.</b></li> </ul>  |

#### Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo

##### SERVICIOS

##### Clínica de Diagnóstico de la Mujer Poniente

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nombre del Servicio:</b> Ultrasonido.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b> La paciente deberá traer una orden médica para agendar una cita de acuerdo al ultrasonido que se le realizará, dependiendo de este se le indicara como deberá presentarse el día del estudio.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Horario y lugar para realizar trámites:</b> De lunes a viernes de 8:00 A 15:00 Hrs.<br/>En la clínica de Diagnostico de la Mujer Poniente, ubicada en Barrio Mirador II Col. San José Terán. Tel. 1401882-83</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio: (Adjuntar archivo de formato) No aplica.</b></li> </ul>  |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clínica de Diagnóstico de la Mujer Poniente**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nombre del Servicio:</b> Nutrición.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Requisitos que deben cumplir para acceder al servicio:</b> El paciente acude de forma directa al módulo de información para solicitar una consulta con la nutriologa y pagar en caja el derecho.</li> </ul>             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Horario y lugar para realizar trámites:</b> De lunes a viernes de 7.00 A 13:00 Hrs.<br/>En la clínica de Diagnostico de la Mujer Poniente, ubicada en Barrio Mirador II Col. San José Terán. Tel. 1401882-83</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio: (Adjuntar archivo de formato)</b> No aplica.</li> </ul>  |

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clínica de Diagnóstico de la Mujer Poniente**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nombre del Servicio:</b> Psicología.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b> El paciente acude al módulo de información para solicitar una consulta con la psicóloga y pagar en caja el derecho.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Horario y lugar para realizar trámites:</b> De lunes a viernes de 7.00 A 15:00 Hrs. En la clínica de Diagnostico de la Mujer Poniente, ubicada en Barrio Mirador II Col. San José Terán. Tel. 1401882-83</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio: (Adjuntar archivo de formato) No aplica</b></li> </ul>



**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clínica de Diagnóstico de la Mujer Poniente**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nombre del Servicio:</b> Densitometría.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b> El paciente acude al módulo de información para solicitar una consulta y paga el derecho en caja.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Horario y lugar para realizar trámites:</b> De lunes a viernes de 7.00 A 15:00 Hrs.<br/>En la clínica de Diagnostico de la Mujer Poniente, ubicada en Barrio Mirador II Col. San José Terán. Tel. 1401882-83</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio: (Adjuntar archivo de formato)</b> No aplica.</li> </ul>  |

## Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo

### SERVICIOS

#### Clínica de Diagnóstico de la Mujer Poniente

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nombre del Servicio:</b> Toma de Biopsia.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b> Traer una orden para saber que tipo de muestra se debe hacer, no venir menstruando, presentarse aseada, no haber tenido relaciones sexuales 3 días antes, traer una toalla femenina, venir con falda y un acompañante.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Horario y lugar para realizar trámites:</b> De lunes a viernes de 7.00 A 1:30 Hrs.<br/>En la clínica de Diagnostico de la Mujer Poniente, ubicada en Barrio Mirador II Col. San José Terán. Tel. 1401882-83</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio: (Adjuntar archivo de formato) No aplica.</b></li> </ul>   |

## Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo

### SERVICIOS

#### Clínica de Diagnóstico de la Mujer Poniente

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nombre del Servicio:</b> Toma de Cono</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b> Traer una orden para saber que tipo de muestras se debe hacer, no venir menstruando, presentarse aseada, no haber tenido relaciones sexuales 3 días antes, traer una toalla femenina, venir con falda y un acompañante.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Horario y lugar para realizar trámites:</b> De lunes a viernes de 7.00 A 12:30 Hrs. En la clínica de Diagnostico de la Mujer Poniente, ubicada en Barrio Mirador II Col. San José Terán. Tel. 1401882-83</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio: (Adjuntar archivo de formato) No aplica.</b></li> </ul>

## Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo

### SERVICIOS

#### Clínica de Diagnóstico de la Mujer Poniente

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nombre del Servicio:</b> Electrofulguración.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b> Traer una orden para saber que tipo de muestra se debe hacer, no venir menstruando, presentarse aseada, na haber tenido relaciones sexuales 3 días antes, traer una toalla femenina, venir con falda y un acompañante.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Horario y lugar para realizar trámites:</b> De lunes a viernes de 8:00 A 12:30 Hrs.<br/>En la clínica de Diagnostico de la Mujer Poniente, ubicada en Barrio Mirador II Col. San José Terán. Tel. 1401882-83</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio: (Adjuntar archivo de formato)</b> Nio aplica.</li> </ul>  |

#### Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo

##### SERVICIOS

##### Clínica de Diagnóstico de la Mujer Poniente

- **Nombre del Servicio:** Toma de Híbridos.
- **Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:** Traer una orden para saber que tipo de muestra se debe hacer, no venir menstruando, presentarse aseada, no haber tenido relaciones sexuales 3 días antes, traer una toalla femenina, venir con falda y un acompañante.
- **Horario y lugar para realizar trámites:** De lunes a viernes de 7:00 A 15:00 Hrs.  
En la clínica de Diagnostico de la Mujer Poniente, ubicada en Barrio Mirador II Col. San José Terán. Tel. 1401882-83
- **Formato que se emplea para tramitar el Servicio: (Adjuntar archivo de formato)** No aplica.

## Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo

### SERVICIOS

#### Clínica de Diagnóstico de la Mujer Poniente

- **Nombre del Servicio:** Rayos X
- **Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:** La paciente deberá traer una orden médica para saber que tipo de placa requiere, dependiendo de este se le indicara como deberá presentarse el día del estudio y pasar a pagar a caja.
- **Horario y lugar para realizar trámites:** De lunes a viernes de 7:00 A 15:00 Hrs.  
En la clínica de Diagnostico de la Mujer Poniente, ubicada en Barrio Mirador II Col. San José Terán. Tel. 1401882-83
- **Formato que se emplea para tramitar el Servicio: (Adjuntar archivo de formato)** No aplica.

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS  
EXPEDICIÓN DE TARJETAS DEL SEXOSERVICIO**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nombre del Servicio:</b> Expedición de Tarjeta de Control Sanitario Semestral de Sexoservidoras</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acta de nacimiento (copia)</li> <li>2. Identificación con fotografía (copia)</li> <li>3. Comprobante de domicilio (copia)</li> <li>4. Dos fotografías tamaño infantil</li> </ol> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Horario para Realizar Trámites:</b> 8:00 a 14:00 Hrs de Lunes a Viernes Lugar: Departamento de Atención a las Infecciones de Transmisión Sexual Domicilio: 2a Norte entre Calle Central y 1a Oriente S/N</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio: (Adjuntar archivo de formato)</b> No aplica</li> </ul>

## Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo

### SERVICIOS

#### Programa de Prevención y Control del Dengue

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nombre del Servicio:</b> Fumigación</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Requisitos que deben cumplirse para acceder al Servicio:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.. Deberá proporcionar datos personales tales como: Nombre Completo del Interesado.</li> <li>2. Dirección, No. del Domicilio, así como referencias para la localización de la vivienda en el que se realizara la Fumigación.</li> <li>3. No. Telefónico para contactar al solicitante.</li> <li>4. Vivir dentro del sector 4, zona Norte – Poniente de esta Ciudad.</li> </ol> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Horario y lugar para realizar trámites:</b> De 8:00 A 16:00 Horas de Lunes a Viernes. En las Oficina que ocupa el Programa de Prevención y Control del Dengue en 1a. Oriente norte entre 2a. Y 3a. Norte S/N. Col Centro</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio: (Adjuntar archivo de formato)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deberá proporcionar datos personales tales como: Nombre Completo del Interesado.</li> <li>2. Dirección completa, así como la mayor referencia posible para la localización del domicilio en el que se realizara la Fumigación.</li> <li>3. No. Telefónico para contactar al solicitante.</li> <li>4. Vivir dentro del sector 4, zona Norte – Poniente de esta Ciudad.</li> </ol> </li> </ul>



**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Programa de Prevención y Control del Dengue**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nombre del Servicio:</b> Abatización</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.. Deberá proporcionar datos personales tales como: Nombre Completo del Interesado.</li> <li>2. Dirección, No. del Domicilio, Colonia. Ciudad.</li> <li>3. Proporcionar numero de habitantes beneficiados.</li> </ol> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Horario y lugar para Realizar Trámites:</b> De 8:00 A 16:00 Horas de Lunes a Viernes. En las Oficina que ocupa el Programa de Prevención y Control del Dengue en 1a. Oriente norte entre 2a. Y 3a. Norte S/N. Col Centro.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.. Deberá proporcionar datos personales tales como: Nombre Completo del Interesado.</li> <li>2. Dirección, No. del Domicilio, Colonia. Ciudad.</li> <li>3. Proporcionar numero de habitantes beneficiados.</li> </ol> </li> </ul>

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**  
**SERVICIOS**  
**Programa de Prevención y Control del Dengue**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nombre del Servicio:</b> Obra de teatro denominada “No Queremos Dengue”</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se otorga a instituciones educativas públicas y/o privadas que deberán proporcionar los siguientes datos:</li> <li>2. Emitir un oficio de solicitud en hoja sellada y membretada con el nombre de la institución y/o referencia social.</li> <li>3. Dirección completa, No. de Domicilio, referencias para la localización de la institución en la que se presentara la obra,</li> <li>4. No. Telefónico para contactar al área solicitante.</li> </ol> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Horario para Realizar Trámites:</b> De 8:00 A 16:00 Horas de Lunes a Viernes. En las Oficina que ocupa el Programa de Prevención y Control del Dengue en 1a. Oriente norte entre 2a. Y 3a. Norte S/N. Col Centro.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)</b> Formato libre que debiera contener los siguientes requisitos: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se otorga a instituciones educativas públicas y/o privadas que deberán proporcionar los siguientes datos:</li> <li>2. Emitir un oficio de solicitud en hoja sellada y membretada con el nombre de la institución y/o referencia social.</li> <li>3. Dirección completa, No. de Domicilio referencias para la localización de la institución en la que se presentara la obra,</li> <li>4. No. Telefónico para contactar al área solicitante.</li> <li>5. Este servicio es para todas las instituciones publicas y/o privadas de esta ciudad.</li> </ol> </li> </ul>

## Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo

### SERVICIOS

#### Dirección de Verificaciones y Clausuras

- **Nombre del Servicio:**

Atención de Denuncias de Establecimientos dedicados a la Venta de Bebidas Alcohólicas que funcionen fuera de su horario y días de funcionamiento.

- **Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:**

Realizar la Denuncia de manera escrita, personal, vía telefónica al Tel. 61 87080 Ext. 2230 y/o a través de Atención Ciudadana al 072; proporcionando: \* Nombre del establecimiento,  
\* Dirección,  
\* Motivo de la denuncia; y  
\* Demás referencias posibles para tener mayor ubicación del negocio.

- **Horario y lugar para Realizar Trámites:**

De Lunes a Viernes en horario de 08:00 a 15:00 horas.  
Oficinas ubicadas en 2a norte poniente esq Calle Central s/n. Palacio Municipal.  
Y las 24 horas del día, en caso que el reporte se realice a través del 072.

- **Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)**

Oficio o Escrito Libre, que deba contener: Lugar y Fecha; Dirigido al Director de Verificaciones y Clausuras, Lic. José Arturo Alcázar Pech; nombre y domicilio del establecimiento; motivo de la denuncia; y, nombre, firma y dirección de quien suscribe el escrito.

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clinica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

**•Nombre del Servicio:**

Consulta Médica General

**•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:**

Presentar Credencial de Elector  
Solicitar Ficha  
Pagar el Servicio en Caja

**•Horario y lugar para Realizar Trámites:**

De 7:00 am 11:00 hrs de Lunes a Viernes. En Libramiento Norte Oriente S/N, Entre calzada Andrés Serra Rojas y Juan Pablo II.  
Tel 61 4 28 01

**•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)**

No aplica

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clinica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

**•Nombre del Servicio:**

Consulta Ginecológica

**•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:**

Presentar Credencial de elector

Agendarse en el área de Trabajo Social

Solicitar Ficha en Recepción

Realizar el pago en caja

Presentar Papanicolaou Reciente (mínimo 3 meses)

Baño

Abstinencia sexual mínimo 3 días

No estar menstruando

No estar aplicando Tratamientos Vaginales

**•Horario y lugar para Realizar Trámites:**

De 7:00 am 10:00 hrs de Lunes a Viernes.

En Libramiento Norte Oriente S/N, Entre calzada Andrés Serra Rojas y Juan Pablo II.

Tel. 61 4 28 01

**•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)**

No aplica

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clinica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

<p><b>•Nombre del Servicio:</b> Colposcopia</p>																
<p><b>•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Presentar Credencial de elector</td> <td>Presentar Papanicolaou Reciente (mínimo 3 meses)</td> <td>Baño</td> </tr> <tr> <td>Agendarse en el área de Trabajo Social</td> <td>Abstinencia sexual mínimo 3 días</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Solicitar Ficha en Recepción</td> <td>No estar menstruando</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Realizar el pago en caja</td> <td>No estar aplicando Tratamientos Vaginales</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Firmar Formato de Consentimiento Informado</td> <td>Firmar Formato de conformidad en la atención al usuario</td> <td></td> </tr> </table>		Presentar Credencial de elector	Presentar Papanicolaou Reciente (mínimo 3 meses)	Baño	Agendarse en el área de Trabajo Social	Abstinencia sexual mínimo 3 días		Solicitar Ficha en Recepción	No estar menstruando		Realizar el pago en caja	No estar aplicando Tratamientos Vaginales		Firmar Formato de Consentimiento Informado	Firmar Formato de conformidad en la atención al usuario	
Presentar Credencial de elector	Presentar Papanicolaou Reciente (mínimo 3 meses)	Baño														
Agendarse en el área de Trabajo Social	Abstinencia sexual mínimo 3 días															
Solicitar Ficha en Recepción	No estar menstruando															
Realizar el pago en caja	No estar aplicando Tratamientos Vaginales															
Firmar Formato de Consentimiento Informado	Firmar Formato de conformidad en la atención al usuario															
<p><b>•Horario y lugar para Realizar Trámites:</b></p> <p>De 7:00 am 10:00 hrs de Lunes a Viernes. Los días jueves también de 10:00 a 13:00 hrs. En Libramiento Norte Oriente S/N, Entre calzada Andrés Serra Rojas y Juan Pablo II. Tel 61 4 28 01</p>																
<p><b>•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)</b></p> <p>No aplica</p>																

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clinica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

**•Nombre del Servicio:**  
Electrofulguración

**•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:**

Agendarse en el Área de Trabajo Social

Presentar Credencial de Elector

Solicitar ficha en Recepción

Realizar pago sino cuenta con Seguro Popular

En caso de contar con Seguro Popular presentar póliza vigente e IFE

Firmar Formato de Consentimiento Informado

No estar menstruando

No estarse aplicando tratamientos vaginales

Abstinencia Sexual mínimo de 3 días

Baño

Presentar estudios solicitados por el médico tratante

Firmar Formato de conformidad en la atención al usuario

**•Horario y lugar para Realizar Trámites:**

De 7:00 am 10:00 hrs de Lunes a Viernes. Los días jueves también de 10:00 a 13:00 hrs.

En Libramiento Norte Oriente S/N, Entre calzada Andrés Serra Rojas y Juan Pablo II.

Tel 61 4 28 01

**•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)**

No aplica

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clinica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

**•Nombre del Servicio:**  
Toma de Biopsia

**•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:**

Agendarse en el Área de Trabajo Social

Presentar Credencial de Elector

Solicitar ficha en Recepción

Realizar pago sino cuenta con Seguro Popular

En caso de contar con Seguro Popular presentar póliza vigente e IFE

Firmar Formato de Consentimiento Informado

No estar menstruando

No estarse aplicando tratamientos vaginales

Abstinencia Sexual mínimo de 3 días

Baño

Presentar estudios solicitados por el médico tratante

Firmar Formato de conformidad en la atención al usuario

**•Horario y lugar para Realizar Trámites:**

De 7:00 am 10:00 hrs de Lunes a Viernes. Los días jueves también de 10:00 a 13:00 hrs.

En Libramiento Norte Oriente S/N, Entre calzada Andrés Serra Rojas y Juan Pablo II.

Tel 61 4 28 01

**•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)**

No aplica



**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clinica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

**•Nombre del Servicio:**  
Conización

**•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:**

Agendarse en el Área de Trabajo Social

Presentar Credencial de Elector

Solicitar ficha en Recepción

Realizar pago sino cuenta con Seguro Popular

En caso de contar con Seguro Popular presentar póliza vigente e IFE

Firmar Formato de Consentimiento Informado

No estar menstruando

No estarse aplicando tratamientos vaginales

Abstinencia Sexual mínimo de 3 días

Baño

Presentar estudios solicitados por el médico tratante

Firmar Formato de conformidad en la atención al usuario

**•Horario y lugar para Realizar Trámites:**

De 7:00 am 10:00 hrs. de Lunes a Viernes. Los días jueves también de 10:00 a 13:00 hrs.

En Libramiento Norte Oriente S/N, Entre calzada Andrés Serra Rojas y Juan Pablo II.

Tel 61 4 28 01

**•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)**

No aplica

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clinica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

<p><b>•Nombre del Servicio:</b> Papanicolaou</p>													
<p><b>•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Presentar Credencial de Elector</td> <td>No estar menstruando</td> </tr> <tr> <td>Solicitar ficha en Recepción</td> <td>No estarse aplicando tratamientos vaginales</td> </tr> <tr> <td>Realizar pago sino cuenta con Seguro Popular</td> <td>Abstinencia Sexual mínimo de 3 días</td> </tr> <tr> <td>En caso de contar con Seguro Popular presentar póliza vigente e IFE</td> <td>Baño</td> </tr> <tr> <td>Firmar Formato de Solicitud de Papanicolaou</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Firmar Formato de conformidad en la atención al usuario</td> <td></td> </tr> </table>		Presentar Credencial de Elector	No estar menstruando	Solicitar ficha en Recepción	No estarse aplicando tratamientos vaginales	Realizar pago sino cuenta con Seguro Popular	Abstinencia Sexual mínimo de 3 días	En caso de contar con Seguro Popular presentar póliza vigente e IFE	Baño	Firmar Formato de Solicitud de Papanicolaou		Firmar Formato de conformidad en la atención al usuario	
Presentar Credencial de Elector	No estar menstruando												
Solicitar ficha en Recepción	No estarse aplicando tratamientos vaginales												
Realizar pago sino cuenta con Seguro Popular	Abstinencia Sexual mínimo de 3 días												
En caso de contar con Seguro Popular presentar póliza vigente e IFE	Baño												
Firmar Formato de Solicitud de Papanicolaou													
Firmar Formato de conformidad en la atención al usuario													
<p><b>•Horario y lugar para Realizar Trámites:</b></p> <p>De 7:00 am 13:30 hrs de Lunes a Viernes. En Libramiento Norte Oriente S/N, Entre calzada Andrés Serra Rojas y Juan Pablo II. Tel 61 4 28 01</p>													
<p><b>•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)</b></p> <p>No aplica</p>													

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clinica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

**•Nombre del Servicio:**  
**Ultrasonido**

**•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:**

Agendarse en Trabajo Social (presentar orden médica)  
Solicitar Ficha en Recepción  
Realizar pago en caja

Presentar copia de póliza de seguro popular y de IFE  
Firmar Formato de conformidad en la atención al usuario  
Pasar al estudio

**•Horario y lugar para Realizar Trámites:**

De 8:00 am 11:30 hrs de Lunes a Viernes.  
En Libramiento Norte Oriente S/N, Entre calzada Andrés Serra Rojas y Juan Pablo II.  
Tel 61 4 28 01

**•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)**

No aplica

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clinica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

<p><b>•Nombre del Servicio:</b> Rayos X</p>	
<p><b>•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b> Presentar Orden Médica Solicitar Ficha en Recepción Realizar pago en caja</p>	<p>Presentar copia de póliza de seguro popular y de IFE Firmar Formato de conformidad en la atención al usuario Pasar al estudio</p>
<p><b>•Horario y lugar para Realizar Trámites:</b>  De 7:00 am 14:30 hrs de Lunes a Viernes. En Libramiento Norte Oriente S/N, Entre calzada Andrés Serra Rojas y Juan Pablo II. Tel 61 4 28 01</p>	
<p><b>•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)</b>  No aplica</p>	

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clinica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

<b>•Nombre del Servicio:</b> <b>Mastografía</b>	
<b>•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b> Presentar Orden Médica Solicitar Ficha en Recepción Realizar pago en caja Pasar al estudio	Presentar copia de póliza de seguro popular y de IFE Presentar Ultrasonido de Mama si es menor de 50 años Firmar Formato de conformidad en la atención al usuario
<b>•Horario y lugar para Realizar Trámites:</b>  De 7:00 am 14:30 hrs de Lunes a Viernes. En Libramiento Norte Oriente S/N, Entre calzada Andrés Serra Rojas y Juan Pablo II. Tel 61 4 28 01	
<b>•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)</b>  No aplica	

### Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo

#### SERVICIOS

##### Clinica de Diagnóstico de la Mujer Oriente

<p><b>•Nombre del Servicio:</b> Toma de Baaf</p>											
<p><b>•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Solicitar Información en Recepción</td> <td>Presentar póliza de Seguro Popular e IFE (copia)</td> </tr> <tr> <td>Agendarse en Trabajo Social</td> <td>Firmar contrato de conformidad en la atención al usuario</td> </tr> <tr> <td>Pasar a consulta ginecológica para valoración previa, si viene con indicación de otro médico</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presentar Estudios solicitados por Médico Tratante</td> <td>Firmar formato de consentimiento informado</td> </tr> <tr> <td>Realizar el pago sino cuenta con Seguro Popular</td> <td></td> </tr> </table>		Solicitar Información en Recepción	Presentar póliza de Seguro Popular e IFE (copia)	Agendarse en Trabajo Social	Firmar contrato de conformidad en la atención al usuario	Pasar a consulta ginecológica para valoración previa, si viene con indicación de otro médico		Presentar Estudios solicitados por Médico Tratante	Firmar formato de consentimiento informado	Realizar el pago sino cuenta con Seguro Popular	
Solicitar Información en Recepción	Presentar póliza de Seguro Popular e IFE (copia)										
Agendarse en Trabajo Social	Firmar contrato de conformidad en la atención al usuario										
Pasar a consulta ginecológica para valoración previa, si viene con indicación de otro médico											
Presentar Estudios solicitados por Médico Tratante	Firmar formato de consentimiento informado										
Realizar el pago sino cuenta con Seguro Popular											
<p><b>•Horario y lugar para Realizar Trámites:</b></p> <p>De 7:00 am 10:00 hrs de Lunes a Viernes. Los días jueves también de 10:00 a 13:00 hrs. En Libramiento Norte Oriente S/N, Entre calzada Andrés Serra Rojas y Juan Pablo II. Tel 61 4 28 01</p>											
<p><b>•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)</b></p> <p>No aplica</p>											

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clinica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

**•Nombre del Servicio:**

**Nutrición (atención gratuita)**

**•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:**

Solicitar Información en Recepción  
Solicitar ficha en Recepción  
Pasar a la consulta

**•Horario y lugar para Realizar Trámites:**

De 8:00 am 14:00 hrs de Lunes a Viernes.  
En Libramiento Norte Oriente S/N, Entre calzad Andrés Serra Rojas y Juan Pablo II.  
Tel 61 4 28 01

**•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)**

No aplica

**Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo**

**SERVICIOS**

**Clinica de Diagnóstico de la Mujer Oriente**

**•Nombre del Servicio:**

**Psicología (atención gratuita)**

**•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:**

Solicitar Información en Recepción  
Solicitar ficha en Recepción  
Pasar a la consulta

**•Horario y lugar para Realizar Trámites:**

De 8:00 am 14:00 hrs de Lunes a Viernes.  
En Libramiento Norte Oriente S/N, Entre calzad Andrés Serra Rojas y Juan Pablo II.  
Tel 61 4 28 01

**•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)**

No aplica



## Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo

### SERVICIOS

#### Clinica de Diagnóstico de la Mujer Oriente

<p><b>•Nombre del Servicio:</b> Servicios Médicos Adicionales (inyecciones, venoclisis, curaciones, retiro de puntos, aplicación de medicamentos)</p>
<p><b>•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b> Solicitar Información en Recepción Presentar receta médica donde se indique el servicio. Realizar el pago en caja</p>
<p><b>•Horario y lugar para Realizar Trámites:</b>  De 8:00 am 13:00 hrs de Lunes a Viernes. En Libramiento Norte Oriente S/N, Entre calzad Andrés Serra Rojas y Juan Pablo II. Tel 61 4 28 01</p>
<p><b>•Formato que se emplea para tramitar el Servicio : (Adjuntar archivo de formato)</b>  No aplica</p>

## Fracción IV. C) Servicios y Programas de Apoyo

### SERVICIOS

#### Clinica de Diagnóstico de la Mujer Oriente

<p><b>•Nombre del Servicio:</b> DIAGNOSTICO DE CANCER CERVICO UTERINO Y MAMARIO PARA PERSONAS DE ESCASOS RECURSOS</p>
<p><b>•Requisitos que deben cumplir para acceder al Servicio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Credencial de Elector para identificación y corroborar edad</li> <li>Solicitar ficha en Recepción</li> <li>Tener vida Sexual Activa</li> <li>Agendarse en Trabajo Social</li> <li>Presentar Papanicolaou reciente mínimo de 3 meses</li> <li>No estar menstruando (8 días antes o después de menstruar)</li> <li>No aplicarse tratamientos vaginales</li> <li>Abstinencia Sexual mínimo de 3 días</li> <li>Asistir de preferencia con falda</li> <li>De 40 a 50 años presentar ultrasonido previo de mama en caso de mastografía</li> <li>De 50 a 69 años presentar ultrasonido solamente si se requiere</li> <li>En caso de contar con Seguro Popular presentar copia de póliza vigente y credencial de elector</li> <li>Para el estudio de Insuficiencia venosa ser mayor de 35 años</li> <li>Para el estudio de Densitometría Ósea no haberse realizado el estudio por lo menos en 6 meses</li> </ul>
<p><b>•Horario y lugar para Realizar Trámites:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De 8:00 a 13:30 hrs de Lunes a Viernes. Para Papanicolaou, Mastografía, Rayos X y Nutrición</li> <li>De 7:00 a 10:00 hrs de Lunes a Viernes para Consulta Ginecológica, Colposcopia, Procedimientos</li> <li>De 7:00 a 11:30 hrs de Lunes a Viernes para Consulta General</li> <li>De 8:00 a 13:00 hrs de Lunes a Viernes para Consulta Psicológica</li> <li>De 8:30 a 11:30 hrs de Lunes a Viernes para Ultrasonidos</li> </ul>
<p><b>Formato que se emplea para tramitar el Servicio: (Adjuntar archivo de formato) No aplica</b></p>



H. Ayuntamiento de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.  
Administración 2012-2015

**Servicios y Programas de Apoyo**  
SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL