



# Manual de Procedimientos de la Dirección DIF

Registro: MA2427/RMP/DDIF/013

Autorizaciones	
 MARIÁ DEL PILAR LOZADA SÁNCHEZ Directora(a) de DIF	 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS DIRECCIÓN DIF MUNICIPIO CONSTITUCIONAL ATLIXCO, PUEBLA 0904-0027
 Heractio Hernández Ramírez Contralor(a) Municipal	 ESTADOS UNIDOS MEXICANOS CONTABILIDAD MUNICIPAL MUNICIPIO CONSTITUCIONAL ATLIXCO, PUEBLA 0904-0027

Actualizado con fundamento en los artículos 115 fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 105 fracción III de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, 78 fracción IV de la Ley Orgánica Municipal, 5 y 8 del Reglamento de la Administración Pública del Municipio de Atlixco, Puebla.

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

## INDICE

I.	INTRODUCCIÓN .....	7
II.	IDENTIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS .....	8
III.	PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DIF .....	9
	JEFATURA DE ATENCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES .....	9
	III.a Apoyo-donación de aparatos ortopédicos, auditivos y/o medicamentos .....	9
	1. Objetivo.....	9
	2. Fundamento legal .....	9
	3. Tiempo promedio de gestión.....	9
	4. Descripción del procedimiento .....	9
	5. Diagrama de flujo .....	13
	6. Listado de formatos aplicables.....	14
	7. Presentación de formatos aplicables.....	14
	III.b Apoyo para cobertura parcial de gastos funerarios.....	15
	1. Objetivo.....	15
	2. Fundamento legal .....	15
	3. Tiempo promedio de gestión.....	15
	4. Descripción del procedimiento .....	16
	5. Diagrama de flujo.....	19
	6. Listado de formatos aplicables.....	20
	7. Presentación de formatos aplicables.....	20
	III.c Talleres del DIF .....	20
	1. Objetivo.....	20
	2. Fundamento legal .....	20
	3. Tiempo promedio de gestión.....	21
	4. Descripción del procedimiento .....	21
	5. Diagrama de flujo.....	22
	6. Listado de formatos aplicables.....	22
	7. Presentación de formatos aplicables.....	23
	JEFATURA DE SALUD Y CONSULTORIOS .....	23
	III.d Consulta General, Ginecología y Pediatría.....	23

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

1. Objetivo.....	23
2. Fundamento legal .....	23
3. Tiempo de gestión.....	24
4. Descripción del procedimiento .....	24
5. Diagrama de flujo .....	25
6. Formatos aplicables .....	25
7. Presentación de formatos aplicables.....	26
III.e Consulta Dental.....	30
1. Objetivo.....	30
2. Fundamento legal .....	30
3. Tiempo de gestión.....	30
4. Descripción del procedimiento .....	30
5. Diagrama de flujo .....	32
6. Formatos aplicables .....	32
7. Presentación de formatos aplicables.....	33
III.f Trámite de apoyo monetario a las Auxiliares de Casas de Salud .....	34
1. Objetivo.....	34
2. Fundamento legal .....	34
3. Tiempo de gestión.....	34
4. Descripción del procedimiento .....	34
5. Diagrama de flujo .....	35
6. Formatos aplicables .....	35
7. Presentación de formatos aplicables.....	36
III.g Expedición de certificados médicos y certificados de discapacidad.....	36
1. Objetivo.....	36
2. Fundamento legal .....	37
3. Tiempo de gestión.....	37
4. Descripción del procedimiento .....	37
5. Diagrama de flujo .....	38
6. Formatos aplicables .....	38
7. Presentación de formatos aplicables.....	39
III.h Pláticas de prevención por enfermedades crónicas y planificación familiar a adultos mayores, adultos, adolescentes y niños.....	42

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

1. Objetivo.....	42
2. Fundamento legal .....	42
3. Tiempo de gestión.....	42
4. Descripción del procedimiento .....	42
5. Diagrama de flujo .....	43
6. Listado de formatos aplicables .....	43
7. Presentación de formatos aplicables.....	44
III.i Planificación familiar (otorgamiento de métodos anticonceptivos a mujeres en edad fértil) .....	44
1. Objetivo.....	44
2. Fundamento legal .....	44
3. Tiempo de gestión.....	44
4. Descripción del procedimiento .....	45
5. Diagrama de flujo .....	46
6. Listado de formatos aplicables .....	46
7. Presentación de formatos aplicables.....	47
JEFATURA DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA .....	48
III.j Atención psicológica .....	48
1. Objetivo.....	48
2. Fundamento legal .....	48
3. Tiempo promedio de gestión.....	48
4. Descripción del procedimiento .....	48
5. Diagrama de flujo .....	49
6. Listado de formatos aplicables .....	50
7. Presentación de formatos aplicables.....	50
III.k Pláticas de prevención a diferentes instituciones educativas .....	53
1. Objetivo.....	53
2. Fundamento legal .....	53
3. Tiempo promedio de gestión.....	53
4. Descripción del procedimiento .....	53
5. Diagrama de flujo .....	54
6. Listado de formatos aplicables .....	55
7. Presentación de formatos aplicables.....	55

 <b>AYUNTAMIENTO DE Atlixco</b>	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	<b>Registro:</b> MA2427/RMP/DDIF/013
		<b>Fecha de Elaboración:</b> 30 de Marzo de 2026
		<b>Fecha de Actualización:</b> 30 de Marzo de 2026
		<b>Núm. de Revisión:</b> 01

III.l Atención a Juzgados .....	55
1. Objetivo.....	55
2. Fundamento legal .....	55
3. Tiempo promedio de gestión.....	55
4. Descripción del procedimiento .....	55
5. Diagrama de flujo.....	56
6. Listado de formatos aplicables .....	57
7. Presentación de formatos aplicables.....	57
III.m Asesorías jurídicas .....	57
1. Objetivo.....	57
2. Fundamento legal .....	57
3. Tiempo promedio de gestión.....	57
4. Descripción del procedimiento .....	57
5. Diagrama de flujo.....	59
6. Listado de formatos aplicables .....	59
7. Presentación de formatos aplicables.....	60
III.n Impartición de Pláticas .....	60
1. Objetivo.....	60
2. Fundamento legal .....	60
3. Tiempo promedio de gestión.....	60
4. Descripción del procedimiento .....	61
5. Diagrama de flujo.....	62
6. Listado de formatos aplicables .....	62
7. Listado de formatos aplicables.....	63
JEFATURA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA .....	63
III.o Registro de posibles beneficiarios a programas alimenticios .....	63
1. Objetivo.....	63
2. Fundamento legal .....	63
3. Tiempo promedio de gestión.....	63
4. Descripción del procedimiento .....	63
5. Diagrama de flujo.....	65
6. Listado de formatos aplicables .....	66
7. Presentación de formatos aplicables.....	66

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

III.p Inscripción a cursos de CECADE .....	66
1. Objetivo.....	66
2. Fundamento legal .....	66
3. Tiempo de gestión.....	66
4. Descripción del procedimiento .....	66
5. Diagrama de flujo .....	68
6. Formatos aplicables .....	68
7. Presentación de formatos aplicables.....	68
III.q Inscripción a estancia de día .....	69
1. Objetivo.....	69
2. Fundamento legal .....	69
3. Tiempo de gestión.....	69
4. Descripción del procedimiento .....	69
5. Diagrama de flujo .....	70
6. Formatos aplicables .....	70
7. Presentación de formatos aplicables.....	70
JEFATURA CRI.....	71
III.r Servicio de Terapia (física, lenguaje, ocupacional, psicológica y equinoterapia) .....	71
1. Objetivo .....	71
2. Fundamento legal.....	71
3. Tiempo de gestión.....	71
4. Descripción del procedimiento.....	71
5. Diagrama de flujo .....	73
6. Formatos aplicables .....	73
7. Presentación de formatos aplicables .....	74
IV. GLOSARIO.....	76

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

## I. INTRODUCCIÓN

La Dirección DIF es un Organismo Público constituido debidamente en el Municipio de Atlixco, Puebla, con la finalidad de planear, generar y direccionar estrategias dedicadas a promover valores y acciones que encaucen al fortalecimiento familiar como medio para consolidar una mejor sociedad.

El presente Manual de Procedimientos pretende detallar las actividades generales de cada una de las áreas, mostrando a través de diagramas de flujo, la secuencia de procesos de forma esquematizada y aquellos puestos que están involucrados, garantizando así el óptimo desarrollo de estas actividades, de su desarrollo y ejecución. De la misma forma, cuenta con el fundamento legal correspondiente, mismo que sustenta cada una de las actividades que realiza la Dirección DIF. Por lo anterior, se pretende que el mismo tenga una utilidad que permita conocer el funcionamiento interno de la Dependencia, describiendo en forma detallada las actividades de cada proceso, área o Unidad Administrativa que las ejecuta, requerimientos y los puestos responsables de las mismas auxiliando en la inducción del puesto y facilitando la capacitación del personal.

El Manual se usará como una herramienta que facilite el proceso de inducción y capacitación del personal de nuevo ingreso e incentive la polifuncionalidad al interior de cada área. El valor de este Manual, como herramienta de trabajo, radica en la información contenida en él, por lo tanto, el mantenerlo actualizado permite que cumpla con su objetivo.

Toda referencia, incluyendo los cargos y puestos en este manual al género masculino, lo es también para el género femenino cuando de su texto y contexto no se establezca que es para uno y otro género.

El contenido técnico del presente documento es responsabilidad de quien lo emite, así como su correcta fundamentación y aplicabilidad normativa conforme a las leyes específicas que motiven su actuar, y sus modificaciones cada vez que la normatividad aplicable o las tareas al interior de las Unidades Administrativas que la conforman, signifiquen cambios en su estructura orgánica a efecto de que siga siendo un instrumento actualizado y eficaz. Por lo que el alcance del registro de los instrumentos normativos que emiten las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Municipal, por parte de la Contraloría Municipal, tiene como único objetivo llevar un control institucional sobre dichos documentos.

No se omite señalar que las observaciones y/o modificaciones que se realizaron por parte de la Contraloría Municipal, no eximen a esta Unidad Administrativa de realizar las atribuciones de auditoría, evaluación, inspección, fiscalización, revisión, verificación y las demás establecidas en la Ley Orgánica Municipal y en su Reglamento Interior en el momento que así lo determine.

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

## II. IDENTIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

- **Jefatura de Atención de Grupos Vulnerables**
  - a. Apoyo-donación de aparatos ortopédicos, auditivos y/o medicamentos
  - b. Apoyo para cobertura parcial de gastos funerarios
  - c. Impartición de talleres
  
- **Jefatura de Salud y Consultorios**
  - d. Consulta General, Ginecología y Pediatría
  - e. Consulta Dental
  - f. Trámite de apoyo monetario a las Auxiliares de Casas de Salud
  - g. Expedición de certificados médicos y certificados de discapacidad
  - h. Platicas de prevención por enfermedades crónicas y planificación familiar a adultos mayores, adultos, adolescentes y niños
  - i. Planificación Familiar - otorgamiento de métodos anticonceptivos a mujeres en edad fértil
  
- **Jefatura de Asistencia Psicológica**
  - j. Atención Psicológica
  - k. Platicas de prevención a instituciones educativas
  
- **Jefatura de Asistencia Jurídico-Social**
  - l. Atención a Juzgados
  - m. Atención a Clínica de Prevención y Atención al maltrato
  - n. Asesorías jurídicas
  - o. Impartición de Pláticas
  - p. Juicios Familiares
  
- **Jefatura de Asistencia Alimentaria**
  - q. Registro de posibles beneficiarios a programas alimenticios
  - r. Inscripción a cursos de CECADE
  - s. Inscripción a estancia de día
  
- **Jefatura CRI**
  - t. Servicio de Terapia (física, ocupacional, psicológica y equino terapia)

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

### III. PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DIF

#### JEFATURA DE ATENCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES

##### III.a Apoyo-donación de aparatos ortopédicos, auditivos y/o medicamentos

###### 1. Objetivo

Auxiliar a la ciudadanía que cuenta con alguna capacidad diferente, proporcionándoles aparatos ortopédicos y/o auditivos, mismos que le proporcionen una mejor calidad de vida; o que cuenten con alguna enfermedad crónico-degenerativa y/o catastrófica, proporcionándoles medicamentos que ayuden en su mejora y recuperación.

###### 2. Fundamento legal

- Ley General de Desarrollo Social.
- Ley General de Salud.
- Ley General de Población.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
- Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla
- Reglamento de la Administración Pública del Municipio de Atlixco.
- Plan Municipal de Desarrollo del Municipio de Atlixco, Puebla, 2024-2027.

###### 3. Tiempo promedio de gestión

Variable.

###### 4. Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o Documento	Responsable
1	Recibe al/a la solicitante y le indica los "Requisitos para solicitar apoyo".	Hoja de requisitos	Jefatura de Atención de Grupos Vulnerables
2	Entrega la documentación solicitada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constancia o Dictamen Médico emitido por una dependencia oficial que justifique la donación de lo solicitado</li> <li>• CURP actualizado</li> <li>• INE vigente</li> <li>• Comprobante de domicilio (recibo de último cobro de luz)</li> </ul>	Solicitante

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Receta de Medicamento (si es el objeto de la solicitud, en este caso se omite la constancia o dictamen médico)</li> <li>• Acta de nacimiento (en caso de ser menor de edad)</li> <li>• CURP actualizado (del tutor en caso de que el beneficiario sea un menor)</li> <li>• INE vigente (del tutor en caso de que el beneficiario sea un menor)</li> <li>• Comprobante de domicilio (recibo de último cobro de luz del tutor en caso de que el beneficiario sea un menor)</li> </ul>	
3	Procede a la revisión de documentos para gestión de apoyo y una vez entregada la totalidad de la documentación, se realiza el oficio de solicitud de apoyo.	Formato de oficio de solicitud	Jefatura de Atención de Grupos Vulnerables
4	Devuelve la documentación incompleta al/a la solicitante en caso de que, no cumpla con alguno de los requisitos, para integre lo faltante y entonces iniciar con el trámite correspondiente. Si no se cubre con la totalidad de los documentos, se termina el procedimiento.	No aplica	Solicitante
5	Una vez entregados los documentos completos por parte del solicitante, se realiza un estudio socioeconómico en el domicilio del beneficiario, para validar la vulnerabilidad del mismo y la factibilidad del otorgamiento del apoyo solicitado.	Estudio socioeconómico	Jefatura de Atención de Grupos Vulnerables

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

6	<p>Integra la totalidad del expediente y se incorpora a la lista de espera para el otorgamiento del apoyo en apego a la asignación presupuestaria que se autorice.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constancia o Dictamen Médico emitido por una dependencia oficial, que justifique la donación de lo solicitado</li> <li>• CURP actualizado</li> <li>• INE vigente</li> <li>• Comprobante de domicilio (recibo de último cobro de luz)</li> <li>• Receta de Medicamento (si es el objeto de la solicitud, en este caso se omite la constancia o dictamen médico)</li> <li>• Acta de nacimiento (en caso de ser menor de edad)</li> <li>• CURP actualizado (del tutor en caso de que el beneficiario sea un menor)</li> <li>• INE vigente (del tutor en caso de que el beneficiario sea un menor)</li> <li>• Comprobante de domicilio (recibo de último cobro de luz del tutor en caso de que el beneficiario sea un menor)</li> </ul>	<p>Jefatura de Atención de Grupos Vulnerables</p>
7	<p>Cuando la suficiencia presupuestaria lo permite y respetando el orden y fecha de registro de la solicitud, se oficializa el requerimiento.</p>	<p>Oficio de requerimiento de adquisición de apoyos</p>	<p>Jefatura de Atención de Grupos Vulnerables</p>
8	<p>Realiza el oficio que autoriza el otorgar el apoyo por cada solicitante que resulte beneficiado.</p>	<p>Oficio de autorización de otorgamiento de apoyo</p>	<p>Dirección DIF</p>
9	<p>Reciben físicamente los insumos que se entregarán como apoyo por parte del proveedor o distribuidor.</p>	<p>Comprobante fiscal</p>	<p>Jefatura de Atención de Grupos Vulnerables</p>

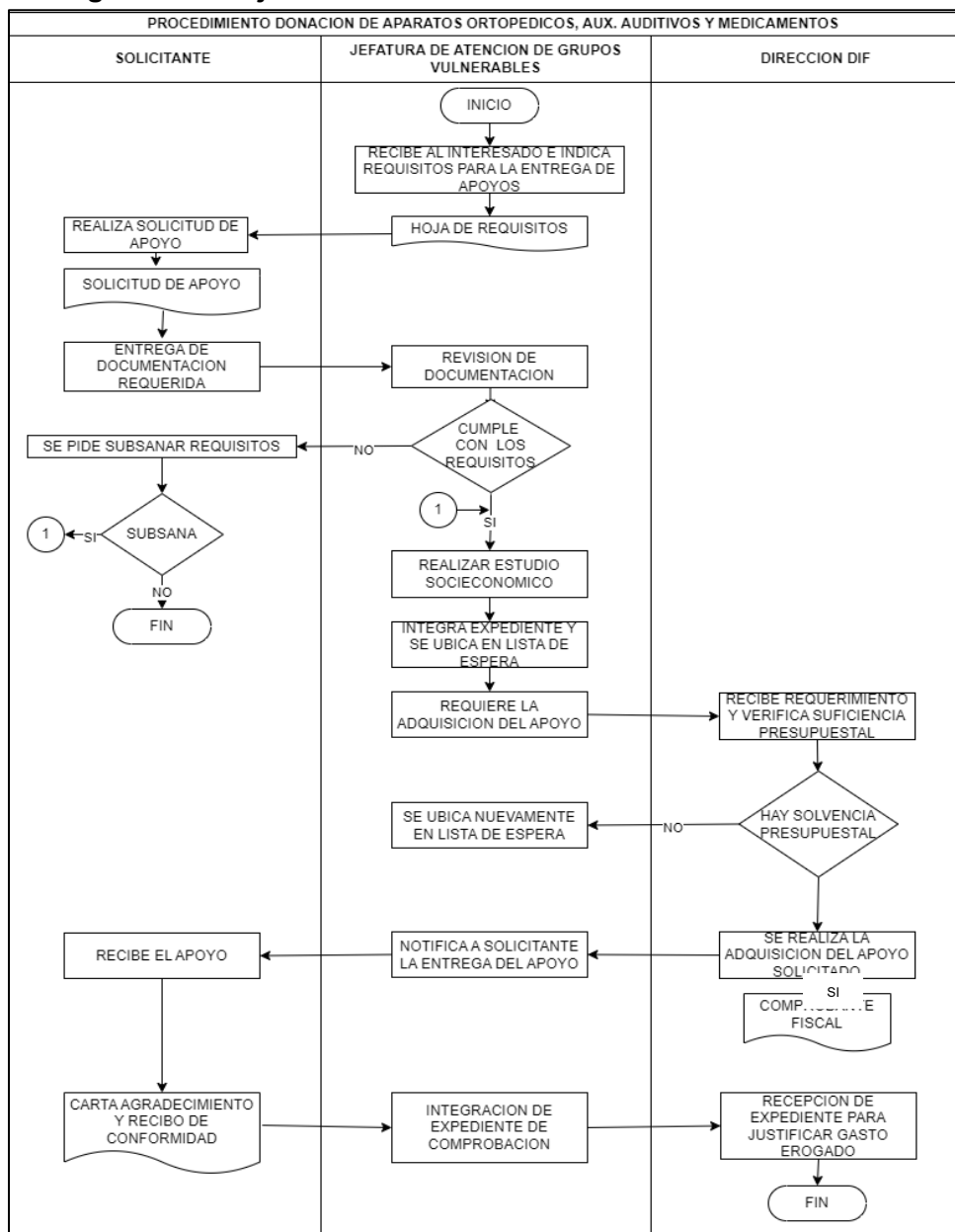
	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

10	Solicita fecha de entrega con la Dirección DIF para la entrega oficial directa al beneficiario.	Vía telefónica, vía correo electrónico o presencial	Jefatura de Atención de Grupos Vulnerables
11	Notifica telefónicamente al/a la solicitante, sobre la entrega del aparato y/o equipo adquirido y emite oficio de recibo de conformidad para que sea firmado por el solicitante al momento de la entrega del apoyo.	Oficio recibo de conformidad	Jefatura de Atención de Grupos Vulnerables
12	Acude a donde se le convoque, para recibir el apoyo en horario y fecha indicada y emite carta de agradecimiento.	Carta de agradecimiento	Solicitante
13	Entrega el expediente al área gestora de la comprobación de este.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constancia o Dictamen Médico emitido por una dependencia oficial, que justifique la donación de lo solicitado</li> <li>• CURP actualizado</li> <li>• INE vigente</li> <li>• Comprobante de domicilio (recibo de último cobro de luz)</li> <li>• Receta de Medicamento (si es el objeto de la solicitud, en este caso se omite la constancia o dictamen médico)</li> <li>• Acta de nacimiento (en caso de ser menor de edad)</li> <li>• CURP actualizado (del tutor en caso de que el beneficiario sea un menor)</li> <li>• INE vigente (del tutor en caso de que el beneficiario sea un menor)</li> <li>• Comprobante de domicilio</li> </ul>	Dirección DIF

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• (recibo de último cobro de luz del tutor en caso de que el beneficiario sea un menor)</li> <li>• Recibo de Donación</li> <li>• Carta de Agradecimiento</li> <li>• Testimonial Fotográfico</li> </ul>	
14	Fin del procedimiento.	No aplica	No aplica

### 5. Diagrama de flujo



	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

## 6. Listado de formatos aplicables

Título	Observaciones
Solicitud	Ninguna
Estudio socioeconómico	Se realiza al tener toda la documentación que debe proporcionar el/la solicitante


## 7. Presentación de formatos aplicables

### Solicitud

ATLIXCO, PUE. A: _____								
ASUNTO: <u>DONACION</u>								
<p>C. _____  DIRECTOR/A  DIRECCION DIF  H. AYUNTAMIENTO DE ATLIXCO  P R E S E N T E.</p>								
<p>El/La que suscribe le envía un cordial saludo y al mismo tiempo, solicito me autoricen la donación gratuita de lo que se enuncia a continuación ya que lo requiere la persona beneficiaria para mejorar su condición de vida, derivado de su diagnóstico médico.</p> <p>Por lo antes mencionado se ve imposibilitado/a para su adquisición ya que no cuenta con los recursos económicos que le permitan solventar el costo del mismo.</p>								
<p><input type="checkbox"/> Adjunto la información necesaria y de contacto para cualquier notificación...</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>APOYO SOLICITADO:</td></tr> <tr><td>SOLICITANTE:</td></tr> <tr><td>BENEFICIARIO:</td></tr> <tr><td>DOMICILIO DEL BENEFICIARIO(CALLE Y NUMERO)</td></tr> <tr><td>COLONIA</td></tr> <tr><td>TELEFONO 1</td></tr> <tr><td>TELEFONO 2</td></tr> <tr><td>DIAGNOSTICO MEDICO</td></tr> </table>	APOYO SOLICITADO:	SOLICITANTE:	BENEFICIARIO:	DOMICILIO DEL BENEFICIARIO(CALLE Y NUMERO)	COLONIA	TELEFONO 1	TELEFONO 2	DIAGNOSTICO MEDICO
APOYO SOLICITADO:								
SOLICITANTE:								
BENEFICIARIO:								
DOMICILIO DEL BENEFICIARIO(CALLE Y NUMERO)								
COLONIA								
TELEFONO 1								
TELEFONO 2								
DIAGNOSTICO MEDICO								
<p>Sin más por el momento me despido de usted, esperando contar con una respuesta favorable a mi petición.</p> <p style="text-align: center;"><b>ATENTAMENTE</b>  <small>NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE</small></p> <p style="text-align: center;">_____</p>								

 <b>AYUNTAMIENTO DE Atlixco</b>	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

### Estudio socioeconómico



**ESTUDIO SOCIOECONOMICO**

FECHA: \_\_\_\_\_

**DATOS DE IDENTIFICACION**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_

Padecimiento del beneficiario: \_\_\_\_\_ Causa: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Telefono 1: \_\_\_\_\_ Telefono 2: \_\_\_\_\_

**ESTRUCTURA FAMILIAR**

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	SEXO	EDG. CIV.	OCUPACION	ESCOLARIDAD

Domicilio del beneficiario:

Calle \_\_\_\_\_ No. Ext. \_\_\_\_\_ No. Int. \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

**SERVICIOS E INFRAESTRUCTURA**

Urbana  Suburbana  Rural

Alumbrado  Drenaje  Transporte  Vigilancia  Limpia

Abasto de Agua  Red publica  Pozo  Acarreo  Pípa

Geo-referencia

Calle trasera  
 Calle izquierda  
 Calle derecha

Techo  Caledo  Vigas  Teja  Lamina

Paredes  Ladrillo  Adobe  Block  Piedra

Piso  Cemento  Loseta  Tierra


Estatus legal de la vivienda:  Propia escriturada  Rentada  Prestada  Otros

Condición Física:  Buena  Regular  Mala

Distribución: No. Habitaciones  No. Baños  Otros

Disposición de Excretas:  Inodoro  Letrina  Fosa séptica  Fecalismo

Calle 17 Norte 1205, Solares Chicos, Atlixco, Puebla. Tel. 244 688 59 65, 244 44 6 33 91 y 244 44 5 71 71



**MI ciudad, tu casa**

**EQUIPO Y MOBILIARIO**

ENSERES	SI	NO	OBSERVACIONES
Televisión			
Internet			
Computadora			
Cocina Integral			
Horno de Microondas			
Estufa de gas			
Refrigerador			
Liquidadora			
Plancha			

ENSERES	SI	NO	OBSERVACIONES
Lavadora			
Camas			
Cuna			
Comedor (N° de sillas)			
Vitrina			
Ropero o Closet			
Librero			
Tocador			
Sala			

Tipo de Movilidad Empleada:  Peatonal  Auto propio  Motocicleta  Combi  Autobus  Otro

Servicios de Asistencia de Salud:  IMSS  ISSSTE  ISSSTEP  INSABI  OTROS: \_\_\_\_\_

**Ingreso y desglose de gasto por el núcleo familiar**

Nombre	Ingreso	Frecuencia

Ingreso Mensual \$ \_\_\_\_\_ pesos 00/100 m.n.

Cuenta bancaria...  SI  No

Concepto	\$	Concepto	\$
Alimentación		Telefonía	
Despensa		Vestido	
Renta		Transporte	
Gas		Salud	
Luz		Otros	
Gasolina		<b>TOTAL</b>	

TOTAL DE EGRESOS MENSUALES \$ \_\_\_\_\_ Pesos m.n.

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ ELABORO T.S. CEDULA PROFESIONAL No. \_\_\_\_\_

Calle 17 Norte 1205, Solares Chicos, Atlixco, Puebla. Tel. 244 688 59 65, 244 44 6 33 91 y 244 44 5 71 71

### III.b Apoyo para cobertura parcial de gastos funerarios

#### 1. Objetivo

Auxiliar a la ciudadanía que ha sufrido la pérdida de un familiar, proporcionándoles ayuda económica para sufragar parcialmente el costo de los servicios funerarios.

#### 2. Fundamento legal

- Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla.
- Reglamento de la Administración Pública del Municipio de Atlixco.

#### 3. Tiempo promedio de gestión

Variable

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

#### 4. Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o Documento	Responsable
1	Recibe al/a la interesado/a y le indica los requisitos a cubrir para la gestión del apoyo solicitado.	No aplica	Jefatura de Atención de Grupos Vulnerables
2	Entrega la documentación solicitada y, una vez entregada en su totalidad, realiza el oficio de solicitud para la gestión del apoyo por gastos funerarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CURP actualizado (del solicitante y de la persona finada)</li> <li>• INE vigente (del solicitante y de la persona finada)</li> <li>• Comprobante de domicilio (último recibo de luz, del solicitante y de la persona finada)</li> <li>• Acta de defunción (no mayor a una semana)</li> <li>• Acta de nacimiento del finado (solamente en caso de que sea menor de edad)</li> <li>• Formato de Oficio de Solicitud (forma C)</li> </ul>	Solicitante
3	<p>Procede a la revisión de documentos para gestión del apoyo.</p> <p>En caso de no cumplir con alguno de los requisitos por parte del/de la solicitante, se devuelve la documentación para que sea solventada.</p> <p>Si no se cubre con la totalidad de los documentos se da por concluido el procedimiento.</p>	No aplica	Jefatura de Atención de Grupos Vulnerables
4	Realiza un estudio socioeconómico en el domicilio del/de la solicitante, una vez entregados los documentos	Estudio socioeconómico	Jefatura de Atención de Grupos Vulnerables

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

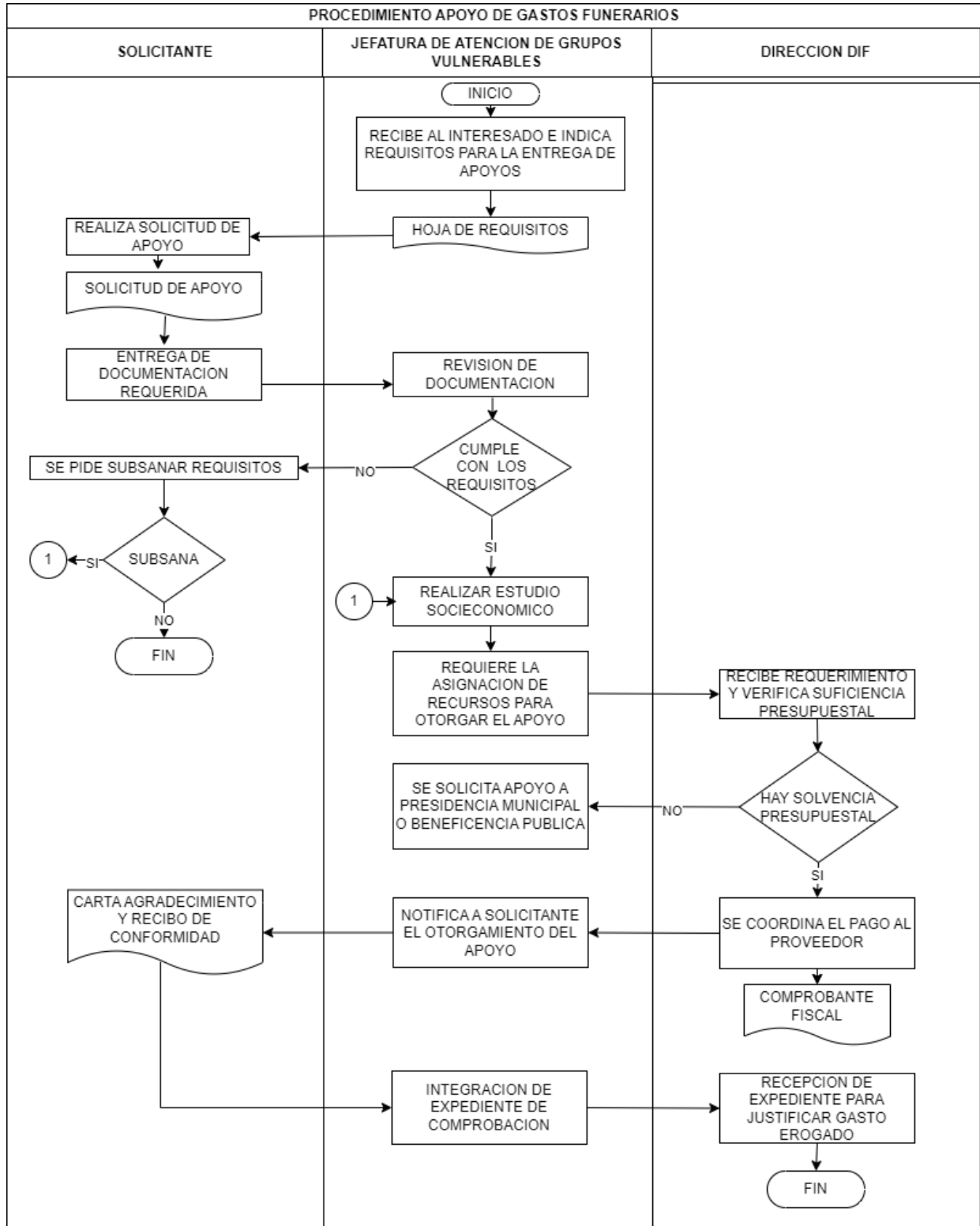
	completos para validar la vulnerabilidad del mismo y la factibilidad del otorgamiento del apoyo solicitado, y se establece contacto con la funeraria para coordinar el apoyo.		
5	Integra la totalidad del expediente y realiza las gestiones para el otorgamiento del apoyo en apego a la suficiencia presupuestaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CURP actualizado (del solicitante y de la persona finada)</li> <li>• INE vigente (del solicitante y de la persona finada)</li> <li>• Comprobante de domicilio (último recibo de luz, del solicitante y de la persona finada)</li> <li>• Acta de defunción (no mayor a una semana)</li> <li>• Acta de nacimiento del finado (solamente en caso de que sea menor de edad)</li> <li>• Formato de Oficio de Solicitud (forma C)</li> <li>• Datos de la funeraria</li> </ul>	Jefatura de Atención de Grupos Vulnerables
6	Oficializa el requerimiento y entrega el expediente al área gestora.	Oficio de requerimiento de recurso económico para dar el apoyo y expediente con la documentación entregada por el solicitante	Jefatura de Atención de Grupos Vulnerables
7	Realiza el oficio que autoriza el otorgar el apoyo.	Oficio de autorización de otorgamiento de apoyo	Dirección DIF
8	Recibe el recurso por parte del área administrativa del Sistema Municipal DIF (SMDIF) y se liquida directamente a la funeraria que prestó los servicios correspondientes.	No aplica	Dirección DIF
9	Notifica al/a la peticionario/a sobre la entrega del apoyo otorgado.	Vía telefónica o presencial	Jefatura de Atención de Grupos Vulnerables

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

10	Recibe el comprobante de pago por la parte otorgada como apoyo.	Comprobante fiscal	Proveedor o Distribuidor
11	Acude a SMDIF específicamente a la Jefatura de Grupos Vulnerables, para recibir el apoyo en fecha indicada por la Dirección DIF.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio recibo de conformidad</li> <li>• Carta agradecimiento</li> </ul>	Solicitante
12	Hace entrega del expediente al área gestora de la comprobación de este.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CURP Actualizado (del solicitante y de la persona finada)</li> <li>• INE vigente (del solicitante y de la persona finada)</li> <li>• Comprobante de domicilio (último recibo de luz, del solicitante y de la persona finada)</li> <li>• Acta de defunción (no mayor a una semana)</li> <li>• Acta de nacimiento del finado (solamente en caso de que la persona sea menor de edad)</li> <li>• Formato de Oficio de Solicitud (forma C)</li> <li>• Recibo de conformidad</li> <li>• Carta de agradecimiento</li> </ul>	Dirección DIF
13	Fin del procedimiento.	No aplica	No aplica



5. Diagrama de flujo



	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

## 6. Listado de formatos aplicables

Título	Observaciones
Estudio socioeconómico	Ninguna

## 7. Presentación de formatos aplicables

### Estudio socioeconómico


www.atlixco.gob.mx
Mi ciudad, tu casa

### ESTUDIO SOCIOECONOMICO

FECHA: \_\_\_\_\_

---

#### DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_  
 Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_  
 Padecimiento del beneficiario: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Telefono 1: \_\_\_\_\_ Telefono 2: \_\_\_\_\_

ESTRUCTURA FAMILIAR						
NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	SEXO	EDO. CIV.	OCCUPACION	ESCOLARIDAD

Domicilio del beneficiario:  
 Calle \_\_\_\_\_ No. Ext. \_\_\_\_\_ No. Int. \_\_\_\_\_  
 Colonia \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

#### SERVICIOS E INFRAESTRUCTURA


<input type="checkbox"/> Urbana	<input type="checkbox"/> Alumbrado	<input type="checkbox"/> Abasto de Agua	Geo-referencia <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">           Calle trasera            Calle izquierda            Calle derecha         </div>
<input type="checkbox"/> Suburbana	<input type="checkbox"/> Drenaje	<input type="checkbox"/> Red publica	
<input type="checkbox"/> Rural	<input type="checkbox"/> Transporte	<input type="checkbox"/> Pozo	
	<input type="checkbox"/> Vigilancia	<input type="checkbox"/> Acarreo	
	<input type="checkbox"/> Limpia	<input type="checkbox"/> PIPA	

<input type="checkbox"/> Techo	<input type="checkbox"/> Paredes	<input type="checkbox"/> Piso
<input type="checkbox"/> Cielo	<input type="checkbox"/> Ladrillo	<input type="checkbox"/> Cemento
<input type="checkbox"/> Vigas	<input type="checkbox"/> Adobe	<input type="checkbox"/> Loseta
<input type="checkbox"/> Teja	<input type="checkbox"/> Block	<input type="checkbox"/> Tierra
<input type="checkbox"/> Lamina	<input type="checkbox"/> Piedra	

Estatus legal de la vivienda			Condición Física			
<input type="checkbox"/> Propia escriturada	<input type="checkbox"/> Rentada	<input type="checkbox"/> Prestada	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala

Distribucion			Disposición de Excretas			
<input type="checkbox"/> No. Habitaciones	<input type="checkbox"/> No. Baños	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Inodoro	<input type="checkbox"/> Letrina	<input type="checkbox"/> Fosa séptica	<input type="checkbox"/> Fecalismo

Calle 17 Norte 1205, Solares Chicos, Atlixco, Puebla. Tel. 244 688 59 65, 244 44 6 33 91 y 244 44 5 71 71


www.atlixco.gob.mx
Mi ciudad, tu casa

#### EQUIPO Y MOBILIARIO

ENSERES	SI	NO	OBSERVACIONES	ENSERES	SI	NO	OBSERVACIONES
Televisión				Lavadora			
Internet				Camas			
Computadora				Cuna			
Cocina Integral				Comedor (N° de sillas)			
Horno de Microondas				Vitrina			
Estufa de gas				Ropero o Closet			
Refrigerador				Librero			
Licudora				Tocador			
Plancha				Sala			

Tipo de Movilidad Empleado  
 Peatonal  Auto propio  Motocicleta  Combi  Autobus  Otro

Servicios de Asistencia de Salud  
 IMSS  ISSSTE  ISSSTEP  INSABI  OTROS: \_\_\_\_\_

Ingreso y desglose de gasto por el núcleo familiar		
Nombre	Ingreso	Frecuencia

Ingreso Mensual \$ \_\_\_\_\_ pesos 00/100 m.n.  
 Cuenta bancaria...  Si  No

Alimentación \$ _____	Telefonía \$ _____
Despensa \$ _____	Vestido \$ _____
Renta \$ _____	Transporte \$ _____
Gas \$ _____	Salud \$ _____
Luz \$ _____	Otros \$ _____
Gasolina \$ _____	<b>TOTAL \$ _____</b>

TOTAL DE EGRESOS MENSUALES \$ \_\_\_\_\_ Pesos m.n.

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE	ELABORO T.S. CEDULA PROFESIONAL No. _____
--------------------------------	---

Calle 17 Norte 1205, Solares Chicos, Atlixco, Puebla. Tel. 244 688 59 65, 244 44 6 33 91 y 244 44 5 71 71

## III.c Talleres del DIF

### 1. Objetivo

Brindar talleres de interés que aporten un apoyo a la ciudadanía del Municipio de Atlixco, Puebla en temas diversos mediante la formación, capacitación o adiestramiento en varias áreas, para proporcionar habilidades que permitirán a los participantes obtener medios que apoyen a la economía de su respectivo núcleo familiar.

### 2. Fundamento legal

- Ley General de Desarrollo Social.
- Ley General de Salud.
- Ley General de Población.

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
- Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla.
- Reglamento de la Administración Pública del Municipio de Atlixco.
- Plan Municipal de Desarrollo del Municipio de Atlixco, Puebla, 2024-2027.

### 3. Tiempo promedio de gestión

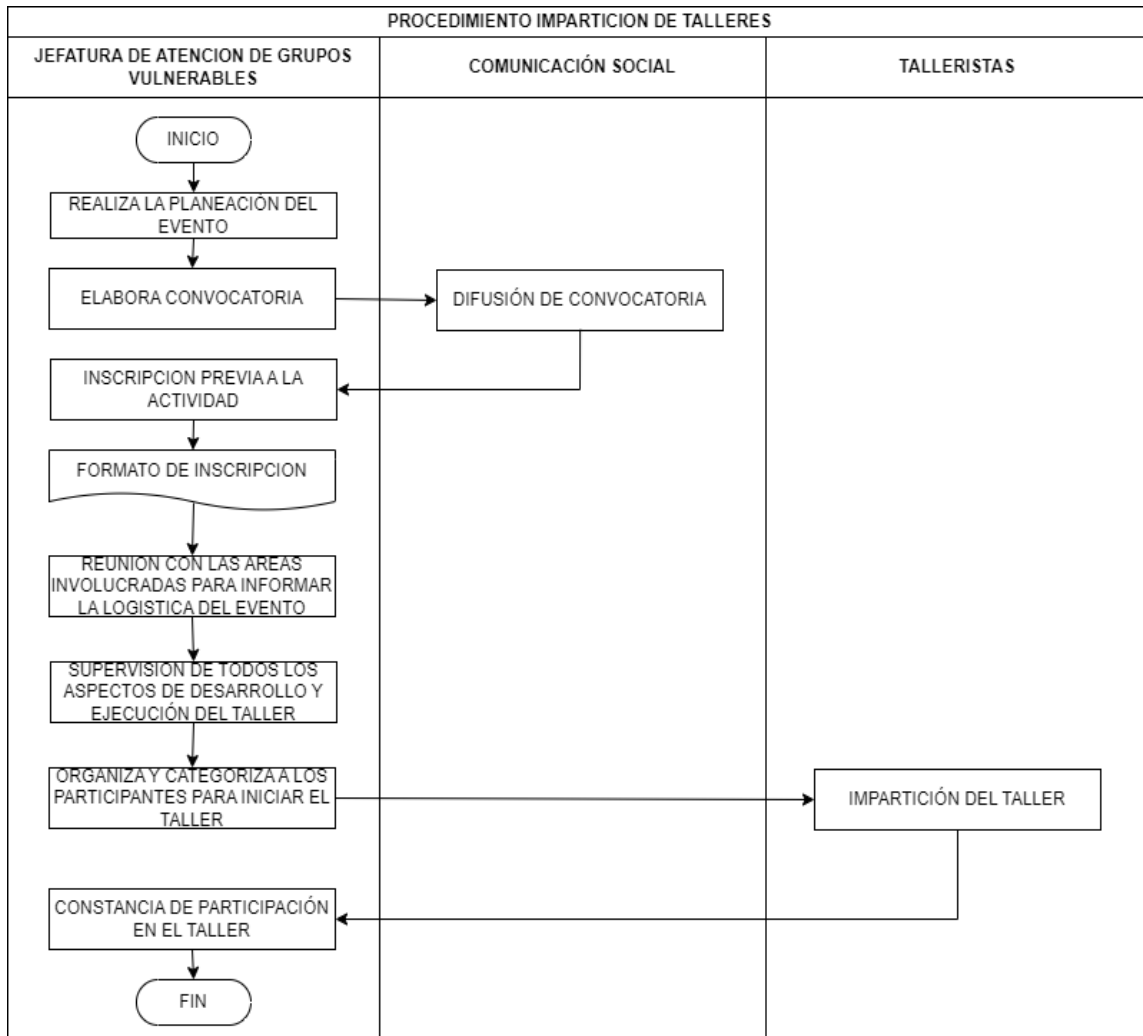
Variable

### 4. Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o Documento	Responsable
1	Realiza la planeación del evento.	No aplica	Jefatura de Grupos Vulnerables
2	Elabora la convocatoria.	Convocatoria	Jefatura de Grupos Vulnerables
3	Realiza la difusión de convocatoria.	Convocatoria	Comunicación Social
4	Realiza la inscripción de las personas interesadas, previo al evento.	Formato de inscripción	Jefatura de Grupos Vulnerables
5	Replantea el evento con base en la demanda y se procede una reunión general con las áreas involucradas para la logística del evento.	Minuta de trabajo	Jefatura de Grupos Vulnerables
6	Supervisa todos los puntos para la realización del evento.	No aplica	Jefatura de Grupos Vulnerables
7	Organiza a los participantes por categoría para comienzo del evento.	No aplica	Jefatura de Grupos Vulnerables
8	Imparte el taller.	Lista de asistencia	Talleristas
9	Entrega de constancias a participantes.	Constancia	Jefatura de Grupos Vulnerables
10	Fin del procedimiento	No aplica	No aplica

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

### 5. Diagrama de flujo



### 6. Listado de formatos aplicables

Título	Observaciones
Cédula de inscripción	Ninguna



	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

### 3. Tiempo de gestión

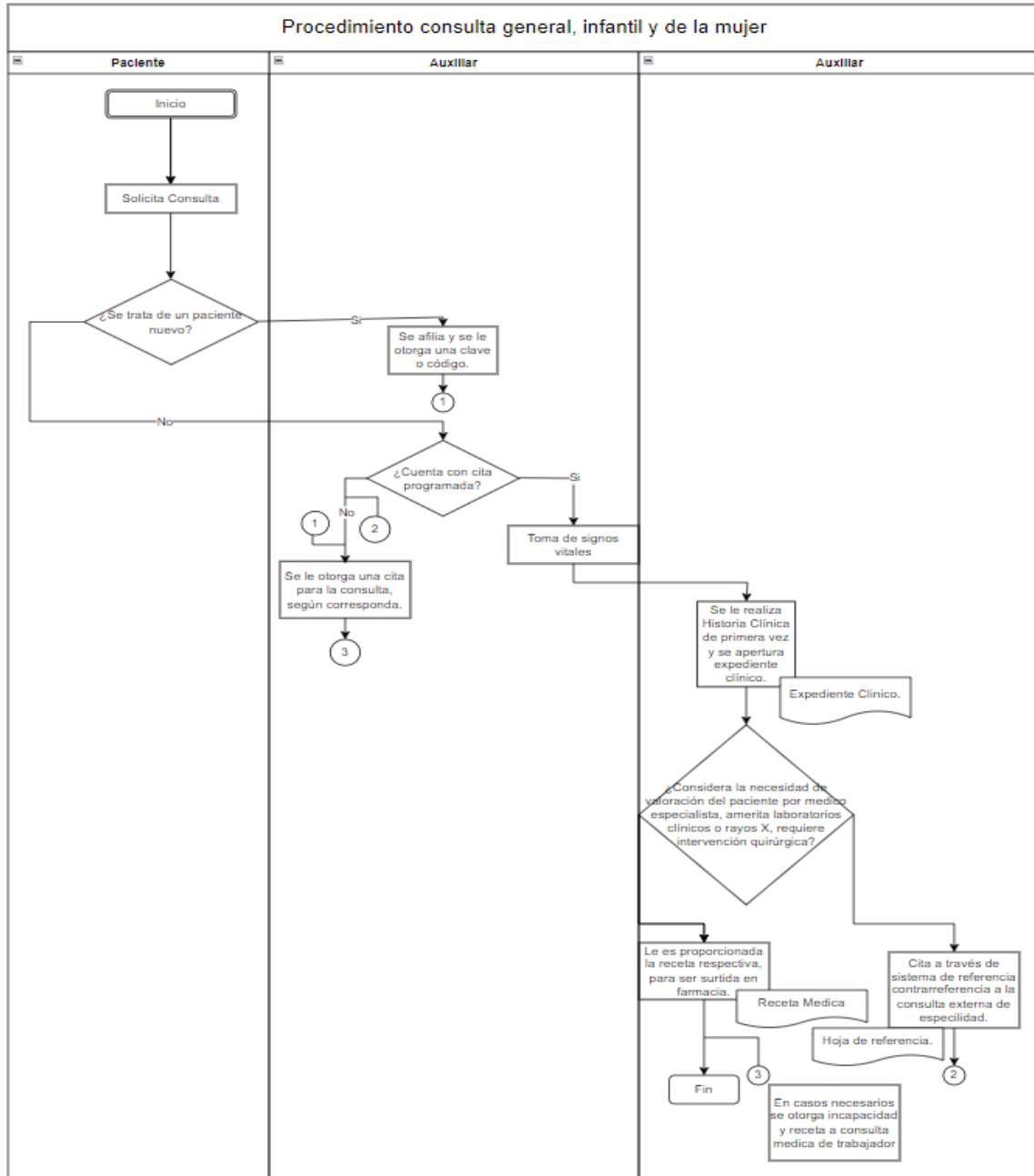
25 a 30 minutos por consulta.

### 4. Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o Documento	Responsable
1	Solicita consulta. Se trata de paciente nuevo: Si: se afilia y otorga una clave o código. No: pasa a la siguiente actividad.	N/A	Paciente
2	Verifica si cuenta con cita programada. Si: pasa al punto 3. No: se le otorga una cita para consulta.	N/A	Auxiliar Administrativo/a
3	Toma signos vitales antes de la consulta.	N/A	Auxiliar Administrativo/a
4	Realiza historia clínica en consulta de primera vez y abre expediente clínico.	Historia clínica / Expediente clínico en DIF	Auxiliar Administrativo/a (Médico)
5	En caso de que el médico tratante de primer nivel de atención considere la valoración de la paciente por médico ginecólogo, se hará a través del sistema de referencia contra referencia al servicio de ginecología del Hospital general de Atlixco Gonzalo Río Arronte. Para este trámite la paciente deberá presentar copia de CURP, INE, Comprobante de domicilio.	Hoja de Referencia y Contra referencia	Auxiliar Administrativo/a (Médico)
6	Cuando la paciente amerite cirugía ginecológica se hará la presentación del caso a través de sistema de referencia contra referencia con el área de especialidad de gineco-obstetricia del Hospital General de Atlixco Gonzalo Río Arronte de los SSEP.	Hoja de Referencia y Contra referencia	Auxiliar Administrativo/a (Médico)
7	Al terminar la consulta, el paciente pasará a la farmacia a surtir su receta.	Nota Médica (Receta)	Auxiliar Administrativo/a (Médico)
8	Fin del procedimiento.	N/A	N/A

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

### 5. Diagrama de flujo



### 6. Formatos aplicables


Título	Observaciones
Historia clínica	Se conserva de manera permanente en archivo de Jefatura de Salud y Consultorios.

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

Nota médica	Se conserva de manera permanente en archivo de Jefatura de Salud y Consultorios.
Registro de atención medica/dental Consultorio DIF	Se conserva de manera permanente en archivo de Jefatura de Salud y Consultorios.
Referencia y Contrarreferencia de Pacientes	Se conserva de manera permanente en archivo de Jefatura de Salud y Consultorios.
Consulta médica (Receta)	Se conserva de manera permanente en archivo de Jefatura de Salud y Consultorios.
Incapacidad	Se conserva de manera permanente en archivo de Jefatura de Salud y Consultorios.

## 7. Presentación de formatos aplicables

### Historia clínica



www.atlixco.gob.mx

Mi ciudad,  
tu casa

## HISTORIA CLINICA

FICHA DE IDENTIFICACION



<b>Fecha de elaboración</b>	<input type="text"/>	<b>Hora de elaboración</b>	<input type="text"/>
<b>Nombre del paciente</b>	<input type="text"/>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<input type="text"/>
<b>Edad en años</b>	<input type="text"/>	<b>Domicilio</b>	<input type="text"/>
<b>Teléfono</b>	<input type="text"/>	<b>Lugar de nacimiento</b>	<input type="text"/>
<b>Religión</b>	<input type="text"/>	<b>Sexo</b>	<input type="text"/>
<b>Escolaridad</b>	<input type="text"/>	<b>Estado civil</b>	<input type="text"/>
		<b>Tipo de sangre</b>	<input type="text"/>
		<b>Ocupación</b>	<input type="text"/>

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

<b>Madre</b>	<input type="text"/>
<b>Padre</b>	<input type="text"/>
<b>Abuelo materno</b>	<input type="text"/>
<b>Abuela materna</b>	<input type="text"/>
<b>Abuelo paterno</b>	<input type="text"/>
<b>Abuela paterno</b>	<input type="text"/>
<b>Hijos</b>	<input type="text"/>

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

### Nota médica

 www.atlixco.gob.mx	 www.atlixco.gob.mx																																				
<b>NOTA MÉDICA</b>	<b>SOMATOMETRÍA</b>																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>FECHA:</td> <td></td> <td>HORA:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NOMBRE:</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>CELULAR:</td> <td></td> <td>FECHA NACIMIENTO:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>EDAD:</td> <td></td> <td>CURP:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DOMICILIO: (CALLE, NO, COLONIA Y C.P.)</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>	FECHA:		HORA:		NOMBRE:				CELULAR:		FECHA NACIMIENTO:		EDAD:		CURP:		DOMICILIO: (CALLE, NO, COLONIA Y C.P.)				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Peso:</td> <td>KG</td> <td>Talla:</td> <td>M</td> <td>F.C.:</td> <td></td> <td>F.R.:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>T/A:</td> <td>mmHg</td> <td>SatO2:</td> <td>%</td> <td>T:</td> <td>°C</td> <td>Glicemia:</td> <td></td> </tr> </table>	Peso:	KG	Talla:	M	F.C.:		F.R.:		T/A:	mmHg	SatO2:	%	T:	°C	Glicemia:	
FECHA:		HORA:																																			
NOMBRE:																																					
CELULAR:		FECHA NACIMIENTO:																																			
EDAD:		CURP:																																			
DOMICILIO: (CALLE, NO, COLONIA Y C.P.)																																					
Peso:	KG	Talla:	M	F.C.:		F.R.:																															
T/A:	mmHg	SatO2:	%	T:	°C	Glicemia:																															
<p><b>INFORMACIÓN LABORAL</b></p> <p>Departamento adscrito:</p> <p>Horario laboral: SECC.ELECT.</p> <p>No. De trabajador: CORREO ELECTR.</p> <p>Jefe inmediato:</p> <p>ISSTEP:</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>PA:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Exploración</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Física:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IDX:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Plan o Tratamiento:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Análisis:</td> <td></td> </tr> </table>	PA:		Exploración		Física:		IDX:		Plan o Tratamiento:		Análisis:																									
PA:																																					
Exploración																																					
Física:																																					
IDX:																																					
Plan o Tratamiento:																																					
Análisis:																																					
<p><b>HISTORIA CLÍNICA:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Enfermedades crónicas:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alergias:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cirugías:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Toxicomanías:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inmunizaciones COVID:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> <td></td> </tr> </table>	Enfermedades crónicas:		Alergias:		Cirugías:		Toxicomanías:		Inmunizaciones COVID:		Otros:		<p>Dr. _____</p> <p>CED. PROF. _____</p>																								
Enfermedades crónicas:																																					
Alergias:																																					
Cirugías:																																					
Toxicomanías:																																					
Inmunizaciones COVID:																																					
Otros:																																					

### Registro de atención medica/dental Consultorio DIF

JEFATURA DE SALUD Y CONSULTARIOS		Registro de atención Médica/Dental Consultorio DIF							
Fecha:									
No.	Nombre (s)	CURP	Domicilio (Calle, numero y colonia)	Teléfono	SEC. ELEC.	Edad	Sexo	Diagnostico	Firma
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Médico Cirujano y Partero					Med. Especialista				
Cédula Profesional:					Cédula de Especialidad:				
Responsable					Jefe de Salud y Consultorios				

 <b>AYUNTAMIENTO DE Atlixco</b>	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

### Referencia y Contrarreferencia de Pacientes



[www.atlixco.gob.mx](http://www.atlixco.gob.mx)

*Mi ciudad, tu casa*

**JEFATURA DE SALUD Y CONSULTORIOS  
HOJA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES**

<b>Referencia</b>		<b>Unidad a la que se refiere:</b>	<b>Urgencia</b>	
Fecha	Hora		SI	No
<b>Servicio al que se refiere:</b>				
<b>Datos del paciente:</b>				
Nombre		Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo
Domicilio			Teléfono o contacto	
<b>Diagnóstico de envío:</b>				
<b>Resumen médico:</b>				
FC:	FR:	TA:	T:	%soO2:
<b>Nombre y firma del médico que refiere:  (a).</b>				
<b>Nombre y firma del paciente o familiar que recibe la referencia:</b>				

▲ Calle 17 Norte 1205, Solares Chicos, Atlixco, Puebla. Tel. 244 688 59 65, 244 44 6 33 91 y 244 44 5 71 71

 <b>AYUNTAMIENTO DE Atlixco</b>	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

### Incapacidad

	<a href="http://www.atlixco.gob.mx">www.atlixco.gob.mx</a>	<i>Mi ciudad, tu casa</i>	
<b>JEFATURA DE SALUD Y CONSULTORIOS INCAPACIDAD</b>			
NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR	EDAD	CLAVE DE TRABAJADOR	FECHA
DIAGNOSTICO			
PRONOSTICO			
DEPARTAMENTO ADSCRITO	APARTIR	DIAS	
Dr. _____ CEDULA PROFESIONAL : _____			

### Consulta médica (Receta)

	<b>AYUNTAMIENTO DE ATLIXCO</b>	<b>Jefatura de Salud y Consultorios</b>	MUNICIPIO DE ATLIXCO PUEBLA CALLE 3 PTE. No. 702, COL. CENTRO C.P. 74200 ATLIXCO, PUE. TEL: 244 44 5 23 80	
<b>CONSULTA MÉDICA</b>			FOLIO: Nº <b>2901</b>	
NOMBRE DEL MÉDICO:		DIAGNÓSTICO:	FECHA:	
INSTITUCIÓN:		EDAD:	/ /	
NOMBRE DEL PACIENTE:		ALERGIAS:		
SEXO:	PESO:	TALLA:	TEMPERATURA:	SATURACIÓN:
_____ NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL				

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

### III.e Consulta Dental

#### 1. Objetivo

Establecer el procedimiento para llevar a cabo la atención médica dental; evaluando la condición de la cavidad oral ciudadano por medio de interrogatorio, inspección medico dental instrumentos médicos, laboratorios clínicos, estudios de gabinete; diagnosticando y tratando las condiciones de enfermedad de la cavidad oral; promoviendo el cuidado bucal y realizando tratamientos personalizados.

#### 2. Fundamento legal

- Ley General de Salud.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Norma técnica núm. 52, para la elaboración, integración y uso del expediente clínico publicada en el DOF, 20 de agosto de 1986.
- Norma técnica núm. 80, para la prevención y control de las enfermedades bucodentales en la atención primaria a la salud, publicada en el DOF, 28 de enero de 1987.
- NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales.

#### 3. Tiempo de gestión

Variable

#### 4. Descripción del procedimiento

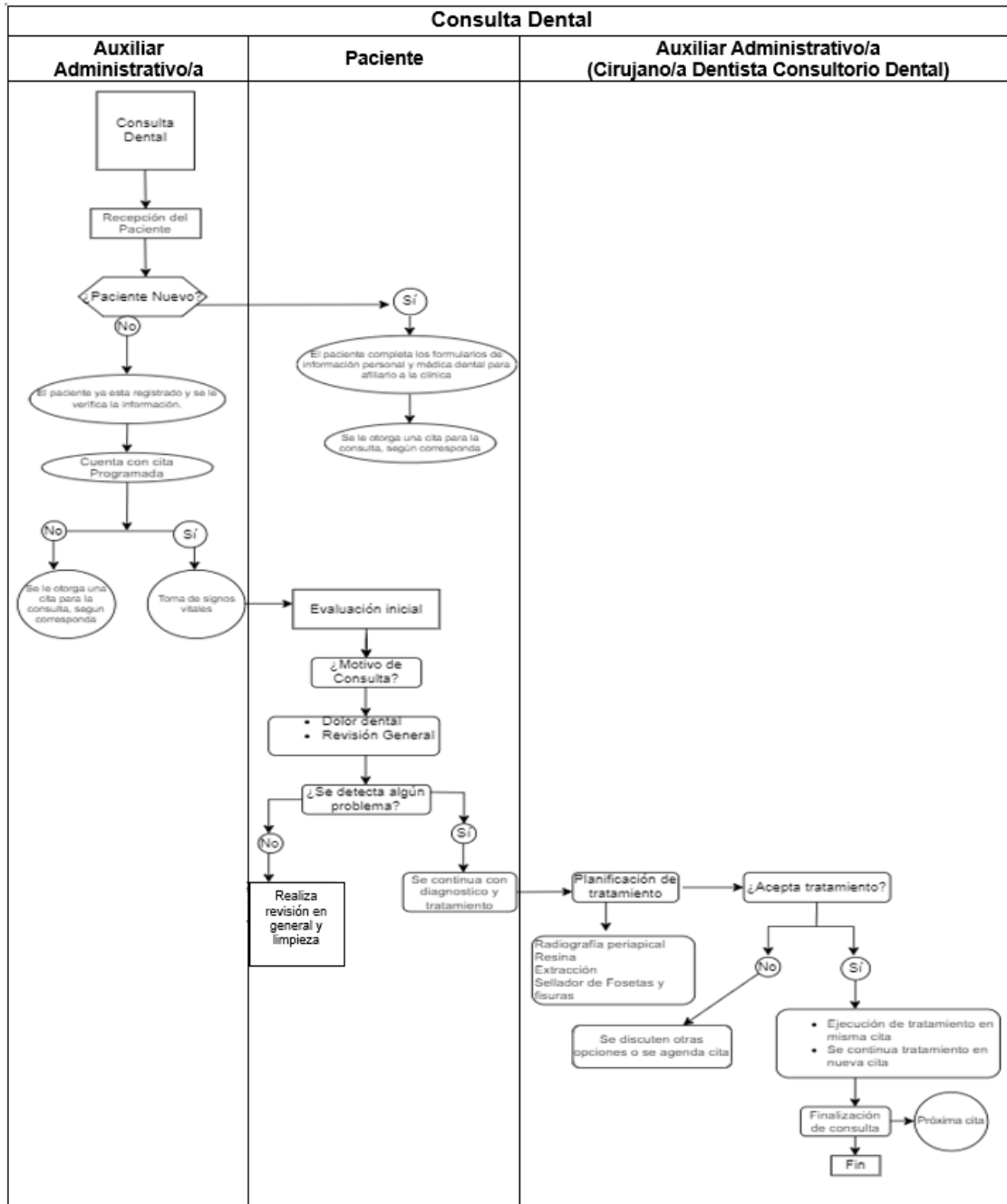
No.	Actividad	Formato o Documento	Responsable
1	Solicita consulta. Se trata de paciente nuevo: Si: se afilia y otorga una clave o código. No: pasa a la siguiente actividad.	N/A	Paciente
2	Verifica si cuenta con cita programada. Si: pasa al punto 3. No: se le otorga una cita para consulta.	N/A	Auxiliar Administrativo/a
3	Toma signos vitales antes de la consulta.	N/A	Auxiliar Administrativo/a

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

4	Realiza historia clínica en consulta de primera vez y abre expediente clínico.	Expediente clínico	Auxiliar Administrativo/a (Cirujano/a Dentista Consultorio Dental)
5	Realiza exploración física de la cavidad bucal. Informa al usuario sobre padecimiento, da instrucciones para tratamiento.	N/A	Auxiliar Administrativo/a (Cirujano/a Dentista Consultorio Dental)
6	Termina la consulta, el paciente pasará a la farmacia a surtir su receta.	Receta médica	Auxiliar Administrativo/a (Cirujano/a Dentista Consultorio Dental)
7	Fin de procedimiento.	N/A	N/A

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

### 5. Diagrama de flujo




### 6. Formatos aplicables

Título	Observaciones
Consulta Médica (Receta)	Se conserva de manera permanente
Jornada Integral de salud	Se conserva de manera permanente

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

## 7. Presentación de formatos aplicables

### Consulta Médica (Receta)

 <b>AYUNTAMIENTO DE ATLIXCO</b>		<b>Jefatura de Salud y Consultorios</b>		MUNICIPIO DE ATLIXCO PUEBLA CALLE 3 PTE. No. 702. COL. CENTRO C.P. 74200 ATLIXCO, PUE. TEL: 244 44 5 23 80	
<b>CONSULTA MÉDICA</b>				FOLIO: N <sup>o</sup> 2901	
NOMBRE DEL MÉDICO:		DIAGNÓSTICO:		FECHA: / /	
INSTITUCIÓN:		EDAD:		ALERGIAS:	
NOMBRE DEL PACIENTE:					
SEXO:	PESO:	TALLA:	TEMPERATURA:	SATURACIÓN:	
NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL					

### Jornada Integral de Salud

JEFATURA DE SALUD Y CONSULTORIOS			Registro de atención Médica/Dental Consultorio DIF						
Fecha:									
N <sup>o</sup> .	Nombre (s)	CURP	Domicilio (Calle, número y colonia)	Teléfono	SEC. ELEC.	Edad	Sexo	Diagnostico	Firma
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Médico Cirujano y Partero									
Cédula Profesional:								Med. Especialista	
Responsable								Cédula de Especialidad:	
		Jefe de Salud y Consultorios							

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

### III.f Trámite de apoyo monetario a las Auxiliares de Casas de Salud

#### 1. Objetivo

Establecer los trámites y gestiones necesarias a través de la creación de recibos y requisiciones de pago para la obtención y entrega de recursos económicos, mismos que serán destinados al apoyo de personal auxiliar.

#### 2. Fundamento legal

- Ley Orgánica Municipal del estado de Puebla.

#### 3. Tiempo de gestión

Variable

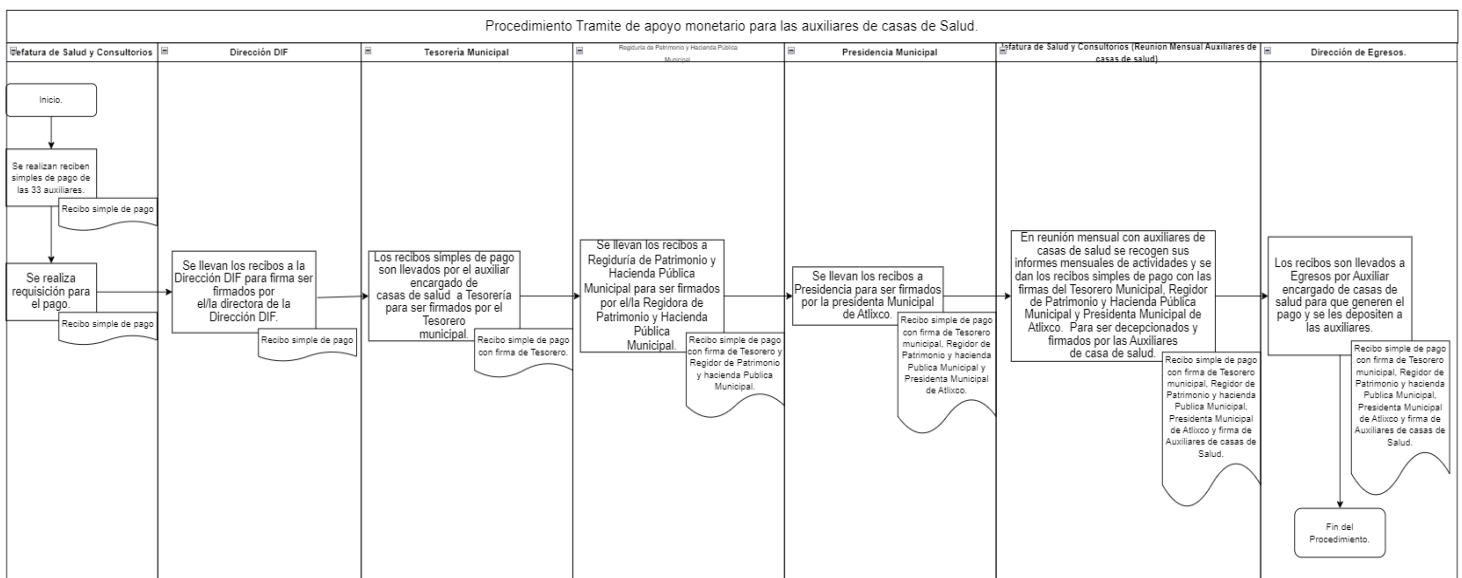
#### 4. Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o Documento	Responsable
1	Realiza recibos simples de pago de las 33 casas de salud auxiliares.	Recibo simple de pago	Auxiliar responsable de casas de salud
2	Realiza requisición para el pago.	Recibos simples de pago	Auxiliar responsable de casas de salud
3	Firma los recibos.	Recibos simples de pago	Dirección DIF
4	Lleva los recibos simples de pago a Tesorería para ser firmados por el Tesorero municipal.	Recibos simples de pago	Auxiliar encargado de casas de salud/Tesorería Municipal
5	Lleva los recibos a Regiduría de Patrimonio y Hacienda Pública Municipal para ser firmados por el/la Regidora de Patrimonio y Hacienda Pública Municipal.	Recibos simples de pago	Auxiliar encargado de casas de salud/Regiduría de Patrimonio y Hacienda Pública Municipal
6	Lleva los recibos a Presidencia para ser firmados por la presidenta Municipal de Atlixco.	Recibos simples de pago	Auxiliar encargado de casas de salud /Presidencia Municipal
7	Recogen los informes mensuales de actividades en reunión mensual con auxiliares de casas de salud y entrega los recibos simples de pago con las firmas del/de la Tesorero/a Municipal, Regidor/a de	Recibos simples de pago	Auxiliares casas de salud

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

	Patrimonio y Hacienda Pública Municipal y Presidente/a Municipal de Atlixco, para que las y los Auxiliares de casas de salud los reciban y firmen.		
8	Lleva los recibos a la Dirección de Egresos por para que generen el pago y se les depositen a las auxiliares.	Recibos simples de pago	Auxiliar encargado de casas de salud
9	Fin del procedimiento.	N/A	N/A

## 5. Diagrama de flujo




## 6. Formatos aplicables

Título	Observaciones
Recibo simple de pago	Se conserva de manera permanente en Tesorería Municipal y Dirección DIF.

 <b>AYUNTAMIENTO DE Atlixco</b>	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

## 7. Presentación de formatos aplicables

### Recibo simple de pago


www.atlixco.gob.mx
*Mi ciudad, tu casa*

**BUENO POR \$ \_\_\_\_\_,00**

Recibí de la Tesorería Municipal la cantidad de: \$ \_\_\_\_\_,00  
 ( \_\_\_\_\_ ) Por concepto de apoyo a la auxiliar de Casa de Salud de la \_\_\_\_\_, correspondiente al mes de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_.

Recibí  
 C. \_\_\_\_\_  
**Dirección  
 Colonia.  
 RFC**

Heroica Ciudad de Atlixco, Pue., a \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_.

VO. BO. PRESIDENTA MUNICIPAL CONSTITUCIONAL DE ATLIXCO PUEBLA  C. _____  REVISÓ TESORERO MUNICIPAL  C. _____	CONFORME REGIDORA DE LA COMISIÓN DE PATRIMONIO Y HACIENDA PÚBLICA MUNICIPAL  C. _____  REALIZÓ DIRECTORA DIF  C. _____
---	---

▲ Calle 17 Norte 1205, Solares Chicos, Atlixco, Puebla. Tel. 244 688 59 65, 244 44 6 33 91 y 244 44 5 71 71

## III.g Expedición de certificados médicos y certificados de discapacidad

### 1. Objetivo

Demostrar por medio de evaluación médica la condición del/de la solicitante, diagnosticando las capacidades y el cumplimiento de todas las exigencias y requisitos que se imponen para la realización de una actividad o tarea; se expiden para los fines que el/la usuario/a requiera (actividad deportiva, trabajo, cursos de verano, nupcias, discapacidades, etcétera).

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

## 2. Fundamento legal

- Ley General de Salud. Para los efectos de esta Ley, se entiende por certificado la constancia expedida en los términos que establezcan las autoridades sanitarias competentes, para la comprobación o información de determinados hechos.

## 3. Tiempo de gestión

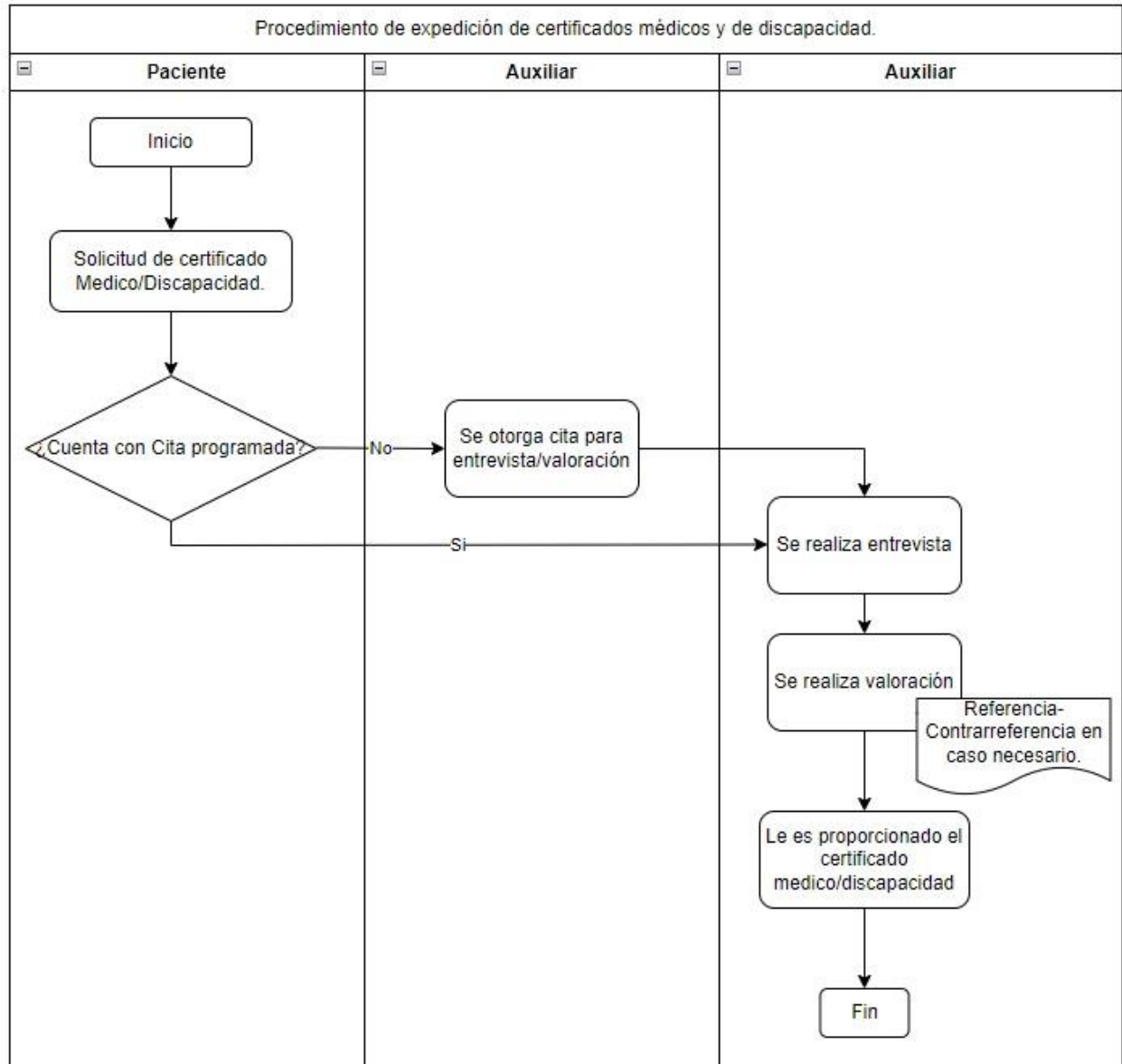
Variable

## 4. Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o Documento	Responsable
1	Solicita servicio para realizar certificado médico/discapacidad.	N/A	Paciente
2	Verifica si cuenta con cita programada Si: pasa al punto 3. No: se le otorga una cita para entrevista y valoración para llenar certificado.	N/A	Auxiliar
3	Realiza entrevista para llenar campos solicitados del formato de certificado de discapacidad.	Formato de certificado	Auxiliar (Médico)
4	Realiza valoración del paciente. En caso necesario se realizará referencia a especialidad correspondiente dependiendo discapacidad.	Formato de certificado de discapacidad	Auxiliar (Medico)
5	Termina la entrevista y valoración.	Formato de certificado de discapacidad	Auxiliar (Médico)
6	Fin de procedimiento.	No aplica	No aplica

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

### 5. Diagrama de flujo



### 6. Formatos aplicables

Título	Observaciones
Certificado médico	Se conserva de manera permanente en archivo de Jefatura de Salud y consultorios.
Certificado de discapacidad (Adulto y pediátrico)	Se conserva de manera permanente por parte del ciudadano y se actualiza cada año, 3 años, 5 años; dependiendo la vigencia del certificado.

 <b>AYUNTAMIENTO DE Atlixco</b>	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

**7. Presentación de formatos aplicables**  
**Certificado médico**



[www.atlixco.gob.mx](http://www.atlixco.gob.mx)

*Mi ciudad,  
tu casa*

**CERTIFICADO MÉDICO**

A quien corresponda:

Por medio del presente hago constar que el(la) **C.** \_\_\_\_\_, con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, fué valorado médicamente.

Durante la valoración clínica se identifican los siguientes **antecedentes patológicos relevantes**:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Debido a la condición física derivada de \_\_\_\_\_, el paciente presenta \_\_\_\_\_, lo cual puede requerir el uso de \_\_\_\_\_ y apoyo para ciertas actividades de la vida diaria.

Se expide el presente **certificado médico a solicitud del interesado**, para los fines legales y administrativos que convengan.

**Dr(a).** \_\_\_\_\_  
**CP.** \_\_\_\_\_  
 JEFATURA DE SALUD Y CONSULTORIOS.  
 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_\_

▲ Calle 17 Norte 1205, Solares Chicos, Atlixco, Puebla. Tel. 244 688 59 65, 244 44 6 33 91 y 244 44 5 71 71



AYUNTAMIENTO DE Atlixco

Manual de Procedimientos de Dirección DIF

Registro: MA2427/RMP/DDIF/013

Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026

Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026

Núm. de Revisión: 01

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Centro de Rehabilitación: No. de expediente: Fecha de expedición:

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre: CUIP: Edad: Sexo: Entidad de nacimiento: Teléfono de contacto: Estado civil: Hijos: Dependientes económicos: Usuario de servicios de salud: Servicios de salud utilizados: Nombre de tutor/cuidador o facilitador:

**DOMICILIO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD**

Tipo de vivienda: Nombre de localidad: No. exterior: No. interior: Colonia: C.P.: Municipio: Entidad de residencia:

**CONDICIÓN DE SALUD**

Diagnóstico principal: Código CIE-10: Diagnóstico ampliado:

**DEFICIENCIAS EN FUNCIONES CORPORALES (B)**

**FUNCIONES CORPORALES**

Función	Código	Grado de deficiencia	Detalles amplificados
Mentales (pensamiento, memoria, juicio, afecto y cognición)	(B110-B199)		
Sensoriales y del dolor	(B210-B299)		
La voz y el habla	(B310-B399)		
Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	(B410-B499)		
Sistema digestivo, metabólico y endocrino	(B510-B599)		
Gonitourinarias y reproductoras	(B610-B699)		
Neuromusculoesqueléticas y del movimiento	(B710-B799)		
Piel y estructuras relacionadas	(B810-B899)		

**DEFICIENCIAS EN ESTRUCTURAS CORPORALES (C)**

**ESTRUCTURAS CORPORALES**

Función	Código	Grado de deficiencia	Detalles amplificados
Sistema nervioso	(C110-C199)		
Ojo, oído y estructuras relacionadas	(C210-C299)		
Involucradas en la voz y el habla	(C310-C399)		
Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	(C410-C499)		
Sistema digestivo, metabólico y endocrino	(C510-C599)		
Gonitourinarias y reproductoras	(C610-C699)		
Relacionadas con el movimiento	(C710-C799)		
Piel y estructuras relacionadas	(C810-C899)		

**ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN**

56. Concentrarse en hacer algo durante diez minutos

57. Caminar una larga distancia como un kilómetro (o equivalente)

58. Lavarse todo el cuerpo (bañarse)

59. Vestirse

510. Relacionarse con personas que no conoce

511. Mantener una amistad

512. Llevar a cabo su trabajo o las actividades escolares diarias

Esta dificultad con la realización de sus actividades se debe:

**LIMITACIONES EN ACTIVIDAD Y RESTRICCIÓN EN PARTICIPACIÓN (d)**

**ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN**

Actividad	Código	Grado de limitación/restricción
Aprendizaje y aplicación del conocimiento	(d110-d199)	
Tareas y demandas generales	(d210-d299)	
Comunicación	(d310-d399)	
Movilidad	(d410-d499)	
Autocuidado	(d510-d599)	
Vida doméstica	(d610-d699)	
Interacciones y relaciones interpersonales	(d710-d799)	
Áreas principales de la vida	(d810-d899)	
Vida comunitaria, social y cívica	(d910-d999)	

**FACTORES CONTEXTUALES**

Grado máximo de estudios: Ocupación actual: Tipo de vivienda: Servicios intradomiciliarios: Agua potable: Drenaje: Electricidad: Gas

**AYUDAS FUNCIONALES**

Animal de servicio y asistencia	Dialisis/hemodialis	Prótesis de miembro superior
Asistencia por otra persona	Equipos de escritura Braille	Productos para estomas
Ayudas funcionales auditivas	Ortesis de columna	Productos cateterismo vesical
Ayudas de la marcha/movimiento	Ortesis de miembro inferior	Tecnologías de información y comunicación (TICs)
Ayudas funcionales visuales	Ortesis de miembro superior	Silla de ruedas
Bastón guía	Oxígeno suplementario	Prótesis de miembro inferior
Caja/cuchón anticauteras	Prótesis de miembro inferior	Tableros de comunicación

**USO DE MEDICAMENTOS A LARGO PLAZO**

Ninguno	Efecto a nivel gastrointestinal	Efecto a nivel musculoesquelético
Analgésicos/antiinflamatorios	Efecto a nivel metabólico <td>Efecto a nivel sistema nervioso</td>	Efecto a nivel sistema nervioso
Efecto a nivel cardiovascular	Efecto a nivel endocrino	Oncológicos
Efecto a nivel pulmonar	Efecto a nivel gonitourinario	Psicofármacos

**FACILITADORES Y BARRERAS (e)**

Principal FACILITADOR identificado: Detalle amplificado: Principal BARRERA identificada:

Actualmente la persona vive en condición de discapacidad: Otras áreas del funcionamiento comprometidas: No: Auditiva: Visual: Intelectual: Psicosocial: Neuromotora: Grado de afectación funcional: Causa de la deficiencia:

**DATOS DE QUIEN EMITE EL CERTIFICADO**

Primer apellido: Segundo apellido: Nombres (s): Cédula profesional: Médico: Firma del médico y sello de la institución pública

**ESTE CERTIFICADO TIENE UNA VIGENCIA DE A PARTIR DE SU FECHA DE EXPEDICIÓN**

La información contenida en este documento es producto de los datos proporcionados por el interesado y su correlación clínica, con apoyo a la Comisión Estatal de los Derechos Humanos (Art. 27) de la Constitución sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley General de Salud (Art. 388), la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y el Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (Art. 10). Cero de valores penales.

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD PEDIÁTRICO**

Centro de Rehabilitación: No. de expediente: Fecha de expedición:

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre: CUIP: Edad: Sexo: Entidad de nacimiento: Teléfono de contacto: Usuario de servicios de salud: Servicios de salud utilizados: Nombre de tutor: Parentesco: Escolaridad:

**DOMICILIO DEL MENOR CON DISCAPACIDAD**

Tipo de vivienda: Nombre de localidad: No. exterior: No. interior: Colonia: C.P.: Municipio: Entidad de residencia:

**CONDICIÓN DE SALUD**

Diagnóstico principal: Código CIE-10: Diagnóstico ampliado:

**DEFICIENCIAS EN FUNCIONES CORPORALES (B)**

**FUNCIONES CORPORALES**

Función	Código	Grado de deficiencia	Detalles amplificados
Mentales (pensamiento, memoria, juicio, afecto y cognición)	(B110-B199)		
Sensoriales y del dolor	(B210-B299)		
La voz y el habla	(B310-B399)		
Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	(B410-B499)		
Sistema digestivo, metabólico y endocrino	(B510-B599)		
Gonitourinarias y reproductoras	(B610-B699)		
Neuromusculoesqueléticas y del movimiento	(B710-B799)		
Piel y estructuras relacionadas	(B810-B899)		

**DEFICIENCIAS EN ESTRUCTURAS CORPORALES (C)**

**ESTRUCTURAS CORPORALES**

Función	Código	Grado de deficiencia	Detalles amplificados
Sistema nervioso	(C110-C199)		
Ojo, oído y estructuras relacionadas	(C210-C299)		
Involucradas en la voz y el habla	(C310-C399)		
Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	(C410-C499)		
Sistema digestivo, metabólico y endocrino	(C510-C599)		
Gonitourinarias y reproductoras	(C610-C699)		
Relacionadas con el movimiento	(C710-C799)		
Piel y estructuras relacionadas	(C810-C899)		

**ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN**

51. Estar de pie por largos períodos como por ejemplo 30 minutos

52. Ocuparse de responsabilidades domésticas

53. Aprender una nueva tarea, por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar

54. Participar en actividades de su comunidad (por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona

55. Cuanto ha sido afectado emocionalmente por su condición de salud

**LIMITACIONES EN ACTIVIDAD Y RESTRICCIÓN EN PARTICIPACIÓN (d)**

**ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN**

Actividad	Código	Grado de limitación/restricción
Aprendizaje y aplicación del conocimiento	(d110-d199)	
Tareas y demandas generales	(d210-d299)	
Comunicación	(d310-d399)	
Movilidad	(d410-d499)	
Autocuidado	(d510-d599)	
Vida doméstica	(d610-d699)	
Interacciones y relaciones interpersonales	(d710-d799)	
Áreas principales de la vida	(d810-d899)	
Vida comunitaria, social y cívica	(d910-d999)	

**FACTORES CONTEXTUALES**

Grado máximo de estudios: Ocupación actual: Tipo de vivienda: Servicios intradomiciliarios: Agua potable: Drenaje: Electricidad: Gas

**AYUDAS FUNCIONALES**

Animal de servicio y asistencia	Dialisis/hemodialis	Prótesis de miembro superior
Asistencia por otra persona	Equipos de escritura Braille	Productos para estomas
Ayudas funcionales auditivas	Ortesis de columna	Productos cateterismo vesical
Ayudas de la marcha/movimiento	Ortesis de miembro inferior	Tecnologías de información y comunicación (TICs)
Ayudas funcionales visuales	Ortesis de miembro superior	Silla de ruedas
Bastón guía	Oxígeno suplementario	Prótesis de miembro inferior
Caja/cuchón anticauteras	Prótesis de miembro inferior	Tableros de comunicación

**USO DE MEDICAMENTOS A LARGO PLAZO**

Ninguno	Efecto a nivel gastrointestinal	Efecto a nivel musculoesquelético
Analgésicos/antiinflamatorios	Efecto a nivel metabólico <td>Efecto a nivel sistema nervioso</td>	Efecto a nivel sistema nervioso
Efecto a nivel cardiovascular	Efecto a nivel endocrino	Oncológicos
Efecto a nivel pulmonar	Efecto a nivel gonitourinario	Psicofármacos

**FACILITADORES Y BARRERAS (e)**

Principal FACILITADOR identificado: Detalle amplificado: Principal BARRERA identificada:

Actualmente la persona vive en condición de discapacidad: Otras áreas del funcionamiento comprometidas: No: Auditiva: Visual: Intelectual: Psicosocial: Neuromotora: Grado de afectación funcional: Causa de la deficiencia:

**DATOS DE QUIEN EMITE EL CERTIFICADO**

Primer apellido: Segundo apellido: Nombres (s): Cédula profesional: Médico: Firma del médico y sello de la institución pública

**ESTE CERTIFICADO TIENE UNA VIGENCIA DE A PARTIR DE SU FECHA DE EXPEDICIÓN**

En reconocimiento al continuo crecimiento y desarrollo de los niños(as), la información contenida en este documento puede cambiar en su siguiente renovación, incluso si se mantiene inalterada debido a mejoras en el desempeño funcional del niño(a).

La información contenida en este documento es producto de los datos proporcionados por el interesado y su correlación clínica, con apoyo a la Comisión Estatal de los Derechos Humanos (Art. 27) de la Constitución sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley General de Salud (Art. 388), la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y el Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (Art. 10). Cero de valores penales.

 <b>AYUNTAMIENTO DE Atlixco</b>	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

### Certificado de discapacidad (Adulto y pediátrico)



[www.atlixco.gob.mx](http://www.atlixco.gob.mx)

*Mi ciudad,  
tu casa*

**CERTIFICADO MÉDICO DE DISCAPACIDAD**

A quien corresponda:|

El que suscribe, C. \_\_\_\_\_; Médico de la Jefatura de Salud, y Consultorios del Sistema Municipal DIF Atlixco, Puebla con Cédula Profesional \_\_\_\_\_

Por medio del presente envié un cordial saludo, y al mismo tiempo me permito certificar que se le realizó un examen médico clínico a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad; quien cursa con el diagnóstico de: \_\_\_\_\_

De acuerdo con lo anterior se hace constar que es un paciente con

DISCAPACIDAD \_\_\_\_\_ PERMANENTE.

Signos vitales:

FR: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ kg    Talla: \_\_\_\_\_ M    FC: \_\_\_\_\_ lpm    FR: \_\_\_\_\_ rpm

Temperatura \_\_\_\_\_ °C    SpO2: \_\_\_\_\_ %    Tipo sanguíneo: \_\_\_\_\_

Impresión Diagnóstica:

- 1.- \_\_\_\_\_
- 2.- \_\_\_\_\_
- 3.- \_\_\_\_\_
- 4.- \_\_\_\_\_

El presente certificado médico es expedido a petición del interesado en Atlixco, Puebla el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_; para los fines que a él convengan.

Dr. \_\_\_\_\_

CP. \_\_\_\_\_

JEFATURA DE SALUD Y CONSULTORIOS

Plaza de Armas 1 Col. Centro, Atlixco, Puebla. Tel. 244 44 5 00 28 / 244 44 5 02 81

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

### III.h Pláticas de prevención por enfermedades crónicas y planificación familiar a adultos mayores, adultos, adolescentes y niños

#### 1. Objetivo

Brindar temas informativos y preventivos a través de folletos, infografías, videos, audios, módulos, exposición con diapositivas o pancartas; para promover la salud y el bienestar de las personas, así como prevenir y resolver problemas de salud, mejorar la salud y el bienestar de la comunidad, reducir las inequidades en salud, lograr las metas internacionales y nacionales de salud, aumentar el control de las personas sobre su salud, mejorar la auto asistencia y la autosuficiencia en materia de salud.

#### 2. Fundamento legal

- Ley General de Salud.

#### 3. Tiempo de gestión

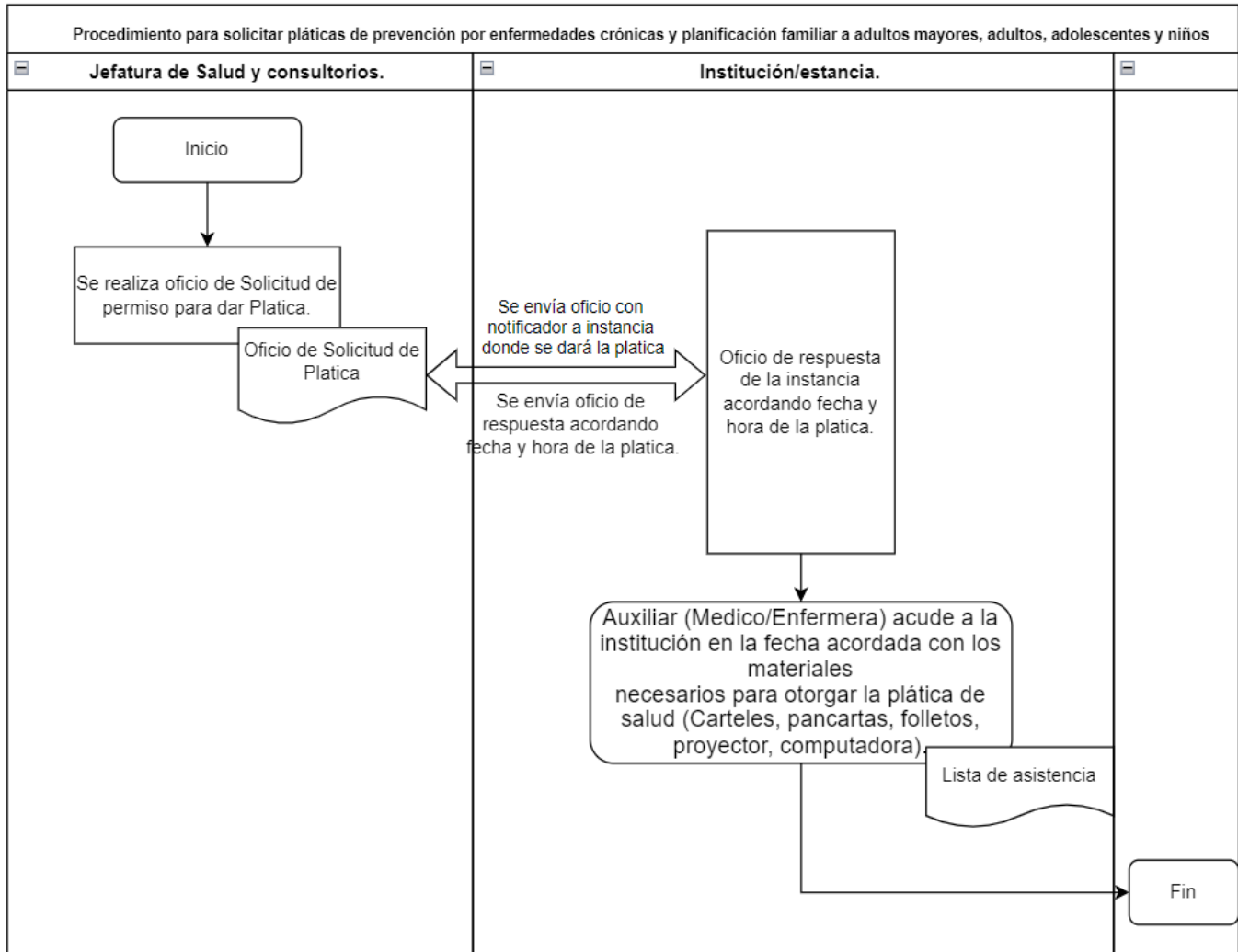
Variable de acuerdo con la agenda que maneja cada médico adscrito a la Jefatura de salud y consultorios perteneciente a la Dirección DIF del H. Ayuntamiento de Atlixco.

#### 4. Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o Documento	Responsable
1	Envía oficio por parte de la Jefatura de Salud y Consultorios para solicitar el permiso para otorgar la plática en estancias, escuelas primarias, secundarias, preparatorias del Municipio de Atlixco.	Oficio de solicitud de Platica de Salud	Jefatura de Salud y Consultorios
2	Espera oficio de respuesta por parte de la institución y en donde se acuerda una fecha para poder impartir la plática de salud en dicha institución.	Oficio de respuesta de Solicitud de Platica de Salud	Institución/estancia
3	Da seguimiento acudiendo a la institución en la fecha acordada con los materiales necesarios para otorgar la plática de salud (Carteles, pancartas, folletos, proyector, computadora).	Lista de asistencia	Auxiliar (Médico-Enfermera/o)
4	Fin del procedimiento.	N/A	N/A

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

### 5. Diagrama de flujo




### 6. Listado de formatos aplicables

Título	Observaciones
Registro de asistencia	Se conserva en el archivo de la Jefatura de Salud y Consultorios

 <b>AYUNTAMIENTO DE Atlixco</b>	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

## 7. Presentación de formatos aplicables

### Registro de asistencia

 <b>AYUNTAMIENTO DE ATLIXCO</b>					
<b>DIF</b> <b>JEFATURA DE SALUD Y CONSULTORIOS</b>					
Lista de asistencia					
Nombre del (curso, reunión, campaña, capacitación o evento):					
Lugar:					
Hora de inicio:			Hora de término:		
"Aviso de Privacidad"					
Fecha de elaboración: ___ de ___ del 20__					
Nº	Nombre	Fecha de Nacimiento (Dia/Mes/Año)	Sexo	Domicilio	Firma
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
Médico Cirujano y Partero: Cedula Profesional			Med. Especialista Cedula de Especialidad Jefe de Salud y Consultorios		

## III.i Planificación familiar (otorgamiento de métodos anticonceptivos a mujeres en edad fértil)

### 1. Objetivo

Contribuir a que la población atlixquense mediante servicios de calidad en planificación familiar y anticoncepción, con absoluto respeto a sus derechos y libre decisión, disfrute de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la finalidad de reducir las muertes maternas evitables, mejorar la calidad de vida de las personas, contribuir a la igualdad de género, empoderar a las mujeres y parejas, aumentar la autonomía de las mujeres en el hogar, mejorar el poder adquisitivo de las mujeres y reducir la pobreza.

### 2. Fundamento legal

- Ley General de Salud.

### 3. Tiempo de gestión

Tiempo variable

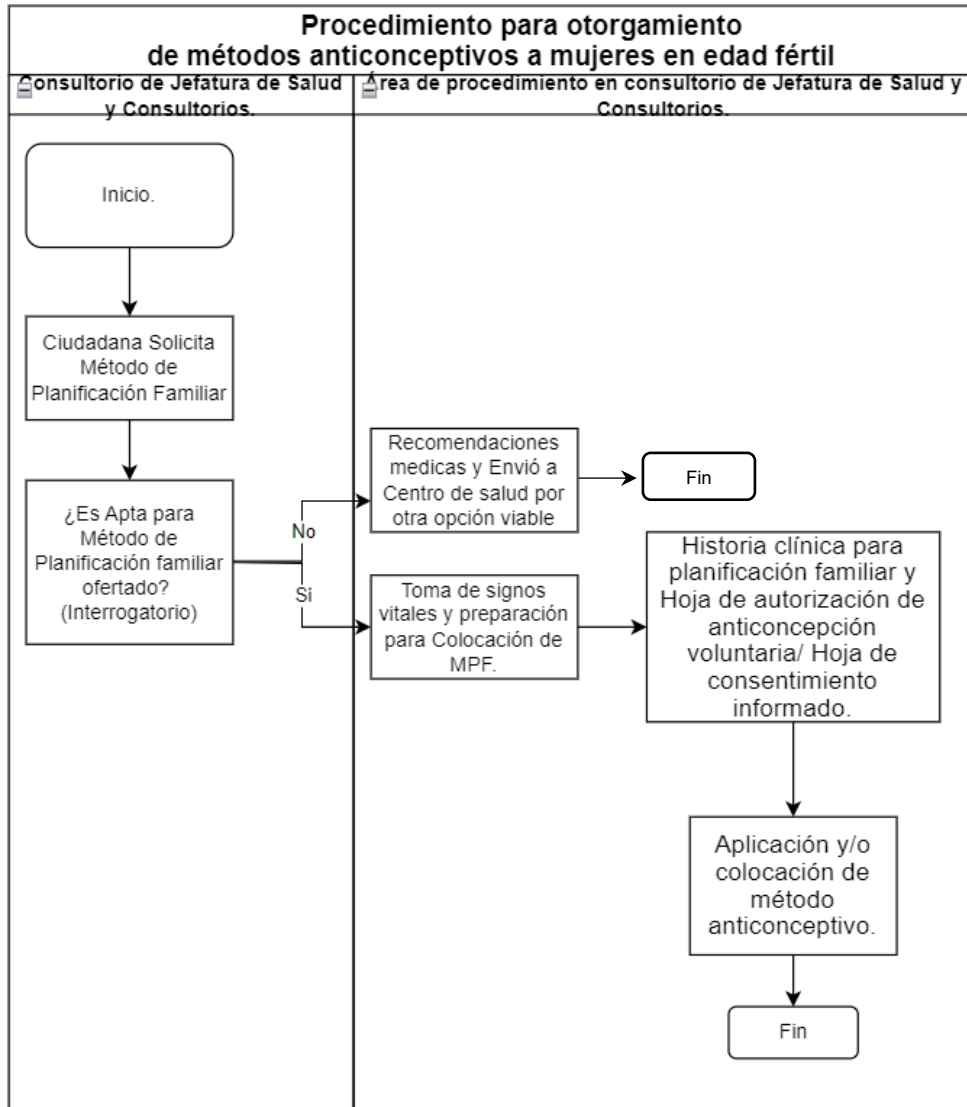
	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

#### 4. Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o documento	Responsable
1	Solicita el método anticonceptivo.	N/A	Paciente
2	Verifica si la ciudadana es apta para el método anticonceptivo a través de un interrogatorio. Si, continua a paso 3. No, fin del procedimiento.	N/A	Auxiliar administrativo/a (Enfermera/o)
3	Requisita documentación INE, CURP, acta de nacimiento y comprobante de domicilio.	N/A	Auxiliar administrativo/a (Enfermera/o)
4	Toma signos vitales y prepara la colocación de método de planificación familiar (MPF).	N/A	Auxiliar administrativo/a (Enfermera/o)
5	Inicia el llenado de historia clínica para planificación familiar y Hoja de autorización de anticoncepción voluntaria/ Hoja de consentimiento informado.	Historia clínica para planificación familiar, Hoja de autorización de anticoncepción voluntaria/ Hoja de consentimiento informado (ISSSTE, SS, Ayuntamiento de Atlixco)	Auxiliar administrativo/a (Enfermera/o)
6	Aplica y/o coloca el método anticonceptivo.	N/A	Auxiliar administrativo/a (Enfermera/o)
8	Fin del procedimiento.	N/A	N/A

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

### 5. Diagrama de flujo




### 6. Listado de formatos aplicables

Título	Observaciones
Historia clínica para planificación familiar	Se entrega a ISSSTE/Secretaría de Salud que es quien otorga el material (MPF) y la Jefatura de salud y consultorios da más alcance y aplica o coloca el MPF a las beneficiarias.
Hoja de autorización de anticoncepción voluntaria (ISSSTE)	Se entrega a ISSSTE/Secretaría de Salud que es quien otorga el material (MPF) y la Jefatura de salud y consultorios da más alcance y aplica o coloca el MPF a las beneficiarias.

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

Hoja de Consentimiento informado (SS)	Se entrega a ISSSTE/Secretaría de Salud que es quien otorga el material (MPF) y la Jefatura de salud y consultorios da más alcance y aplica o coloca el MPF a las beneficiarias.
Consentimiento informado (Membrete ayuntamiento de Atlixco)	Se resguarda en la Jefatura de Salud y Consultorios para tener un respaldo y dar seguimiento a la beneficiaria.

## 7. Presentación de formatos aplicables



[www.atlixco.gob.mx](http://www.atlixco.gob.mx)  
 Atlixco, Puebla a

*Mi ciudad,  
tu casa*  
 del 2025

**CONSENTIMIENTOS INFORMADO**

La/El que suscribe C. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ como tutor o familiar del menor  
 C. \_\_\_\_\_, autorizo que el  
 Dr. \_\_\_\_\_, con cedula profesional  
 \_\_\_\_\_

Realice la valoración medica de quien soy padre/tutor por tratarse de un menor de edad, consiste en exploración física e interrogatorio de lo ocurrido.

Autorizo la toma de fotografías en caso de ser necesario, como evidencia del reporte médico:  
 SI \_\_\_ NO \_\_\_

Autorizo inspección de genitales externos en caso de ser necesario:  
 SI \_\_\_ NO \_\_\_

Firma del padre o tutor, o familiar que autoriza:  
 \_\_\_\_\_

Firma y nombre del médico:  
 \_\_\_\_\_

Firma y nombre del testigo:  
 \_\_\_\_\_

▲ Calle 17 Norte 1205, Solares Chicos, Atlixco, Puebla. Tel. 244 688 59 65, 244 44 6 33 91 y 244 44 5 71 71

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

## JEFATURA DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA

### III.j Atención psicológica

#### 1. Objetivo

Asistir a la ciudadanía en temas de problemas psicológicos mediante la atención profesional, para un mejor desarrollo, así como calidad de vida familiar y social.

#### 2. Fundamento legal

- Ley General de Desarrollo Social.
- Ley General de Salud.
- Ley General de Población.
- Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social.
- Reglamento de la Administración Pública del Municipio de Atlixco.

#### 3. Tiempo promedio de gestión

3 días hábiles.

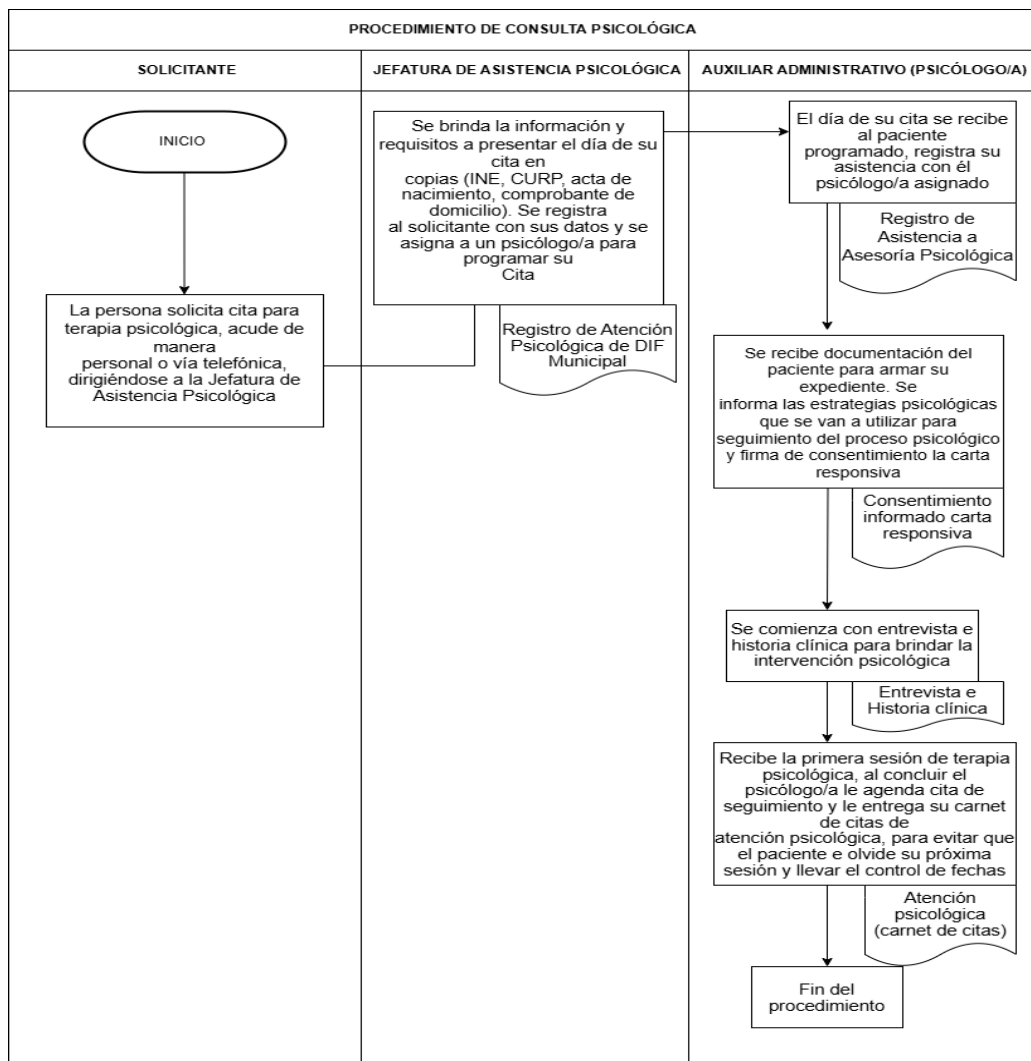
#### 4. Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o Documento	Responsable
1	Solicita cita para terapia psicológica y acude de manera personal o vía telefónica, dirigiéndose a la Jefatura de Asistencia Psicológica.	N/A	Solicitante
2	Brinda la información y requisitos a presentar el día de su cita en copias (INE, CURP, acta de nacimiento y comprobante de domicilio). Se registra al solicitante con sus datos y se asigna a un psicólogo/a para programar su cita.	Registro de Atención Psicológica de DIF Municipal	Jefatura de Psicología
3	Recibe al paciente programado el día de su cita y registra su asistencia con el psicólogo/a asignado.	Registro de Asistencia a Asesoría Psicológica	Auxiliar Administrativo (psicólogo/a)
4	Recibe documentación del paciente para armar su expediente e informa las estrategias psicológicas que se van a utilizar para seguimiento del proceso psicológico y firma de consentimiento la carta responsiva.	Consentimiento informado carta responsiva	Auxiliar Administrativo (psicólogo/a)

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

5	Comienza con entrevista e historia clínica para brindar la intervención psicológica.	Entrevista e historia clínica	Auxiliar Administrativo (psicólogo/a)
6	Recibe la primera sesión de terapia psicológica, el psicólogo/a le agenda cita de seguimiento y le entrega su carnet de citas de atención psicológica, para evitar que el paciente olvide su próxima sesión y llevar el control de fechas.	Atención psicológica (carnet de citas)	Auxiliar Administrativo (psicólogo/a)
7	Fin del procedimiento.	N/A	N/A

### 5. Diagrama de flujo



	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

## 6. Listado de formatos aplicables

Título	Observaciones
Registro de atención psicológica de DIF Municipal	Se resguarda en la Jefatura de Asistencia Psicológica.
Registro de asistencia a asesoría psicológica	Se resguarda en la Jefatura de Asistencia Psicológica.
Consentimiento informado carta responsiva	Se resguarda en la Jefatura de Asistencia Psicológica.
Entrevista e historia clínica	Se resguarda en la Jefatura de Asistencia Psicológica (3 hojas).
Carnet de citas	Se entrega al paciente (carnet de asistencia psicológica).

## 7. Presentación de formatos aplicables

### Registro de atención psicológica de DIF Municipal



#### AVISO DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales de Atención Psicológica del Sistema DIF Municipal, el cual tiene su fundamento en el artículo 32 de la Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Reglas de Operación del Programa de Atención al Maltrato apartado número VIII y Manual de Procedimientos del Sistema DIF Municipal, cuya finalidad es Realizar el proceso de Terapia y/o asesorías, los que podrán ser transmitidos a la clínica de Atención al Maltrato, con la finalidad de dar seguimiento al reporte de maltrato, además de las transmisiones previstas en el artículo 10 y el CAPITULO IV DEL TITULO SEGUNDO de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla. Los datos marcados con un (\*) son obligatorios ya que la negativa a otorgarlos implica que no se puede identificar al paciente y en consecuencia no se realice la valoración correspondiente, y la inexactitud de los mismos provocara la no veracidad de la información proporcionada y las consecuencias legales que ello implique al declarar con falsedad. Así mismo se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley. El responsable del Sistema de Datos Personales es la dirección del Sistema DIF Municipal a través del director. Calle 17 Norte #1205, Colonia Solares Chicos, Atlixco, Puebla. El titular de los datos o su representante legal podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición al tratamiento de sus datos personales ante la Unidad Administrativa de Transparencia u Acceso a la Información ubicada en Plaza de Armas #3, Colonia Centro, Atlixco, Puebla.


#### REGISTRO DE ATENCION PSICOLÓGICA DE DIF MUNICIPAL

No.	FECHA	NOMBRE	EDAD	SEXO	COLONIA	TELEFONO	FIRMA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
JEFA DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA

 <b>AYUNTAMIENTO DE Atlixco</b>	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

## Registro de asistencia a asesoría psicológica


www.atlixco.gob.mx
MI ciudad, tu casa

**AVISO DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES**

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales de Atención Psicológica del Sistema DIF Municipal, el cual tiene su fundamento en el artículo 32 de la Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Reglas de Operación del Programa de Atención al Menor apartado número VIII y Manual de Procedimientos del Sistema DIF Municipal, cuya finalidad es realizar el proceso de Terapia y/o asesoría, los que podrán ser transmitidos a la Clínica de Atención al Menor, con la finalidad de dar seguimiento al soporte de multiples, además de las transmisiones previstas en el artículo 32 y el CAPITULO IV DEL TITULO SECONDO de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla. Los datos marcados con un (\*) son obligatorios ya que la negativa a otorgarlos implica que no se puede identificar al paciente y en consecuencia no se realiza la valoración correspondiente, y la inexactitud de los mismos provocara la no veracidad de la información proporcionada y las consecuencias legales que ello implique al declarar con falsedad. Así mismo se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley. El responsable del Sistema de Datos Personales en la Dirección del Sistema DIF Municipal a través del director: Calle 17 Norte 1205, Solares Chicos, Atlixco, Puebla. El titular de los datos o su representante legal podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación o oposición al tratamiento de sus datos personales ante la Unidad Administrativa de Transparencia o Acosa a la Información ubicada en Plaza de Armas #1, Colonia Centro, Atlixco, Puebla.

**REGISTRO DE ASISTENCIA A ASESORÍA PSICOLÓGICA**


No.	FECHA	NOMBRE	EDAD	SEXO	EDO CIVIL	FIRMA
1	/ /					
2	/ /					
3	/ /					
4	/ /					
5	/ /					
6	/ /					
7	/ /					
8	/ /					
9	/ /					
10	/ /					
11	/ /					
12	/ /					
13	/ /					
14	/ /					
15	/ /					

NOMBRE Y FIRMA  
JEFA DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA

NOMBRE Y FIRMA DEL PSICOLOGO/A  
ADSCRITO/A A LA JEFATURA DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA

Calle 17 Norte 1205, Solares Chicos, Atlixco, Puebla. Tel. 244 688 59 65, 244 44 6 33 91 y 244 44 5 71 71

## Entrevista e historia clínica


www.atlixco.gob.mx
MI ciudad, tu casa

**ENTREVISTA E HISTORIA CLINICA**

FECHA: \_\_\_\_\_ NUMERO DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

TIPO DE TERAPIA: \_\_\_\_\_

**1.- FICHA DE IDENTIFICACION**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de origen: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: Cel: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Grado de estudios: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres: \_\_\_\_\_

Edad y ocupación: \_\_\_\_\_

**2.- MOTIVO DE LA CONSULTA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3.- HISTORIA CLINICA**

**1.- PADECIMIENTOS CRONOLÓGICOS PATOGENOS MENTALES O PSICOEMOCIONALES CON TRATAMIENTO CONCLUIDO O PERMANENTES (INTERVENCIONES)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2.- PADECIMIENTO PATOLÓGICO O PSICOLÓGICO ACTUAL (SINTOMAS Y SIGNOS)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3.- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MENTALES Y GENERALES (FAMILIARES O HEREDOFAMILIARES)**

**-NOMBRE DEL FAMILIAR**

**-PADECIMIENTO**

**-EDAD O FECHA EN QUE LO PADECIÓ: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_**

**-NOMBRE DEL FAMILIAR: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_**

**-EDAD O FECHA EN QUE LO PADECIÓ: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

Calle 17 Norte 1205, Solares Chicos, Atlixco, Puebla. Tel. 244 688 59 65, 244 44 6 33 91 y 244 44 5 71 71



 <b>AYUNTAMIENTO DE Atlixco</b>	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

### Carnet de citas



## III.k Pláticas de prevención a diferentes instituciones educativas

### 1. Objetivo

Brindar temas informativos y preventivos en las instituciones educativas, con el fin de que las niñas, niños y adolescentes se desarrollen de manera sana en el área biopsicosocial, sobre: prevención de la violencia, de adicciones, de conductas autodestructivas entre otros.

### 2. Fundamento legal

- Ley General de Desarrollo Social.
- Ley General de Salud.
- Ley General de Población.
- Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social.
- Reglamento de la Administración Pública del Municipio de Atlixco.

### 3. Tiempo promedio de gestión

Variable de acuerdo con la agenda de actividades programadas.

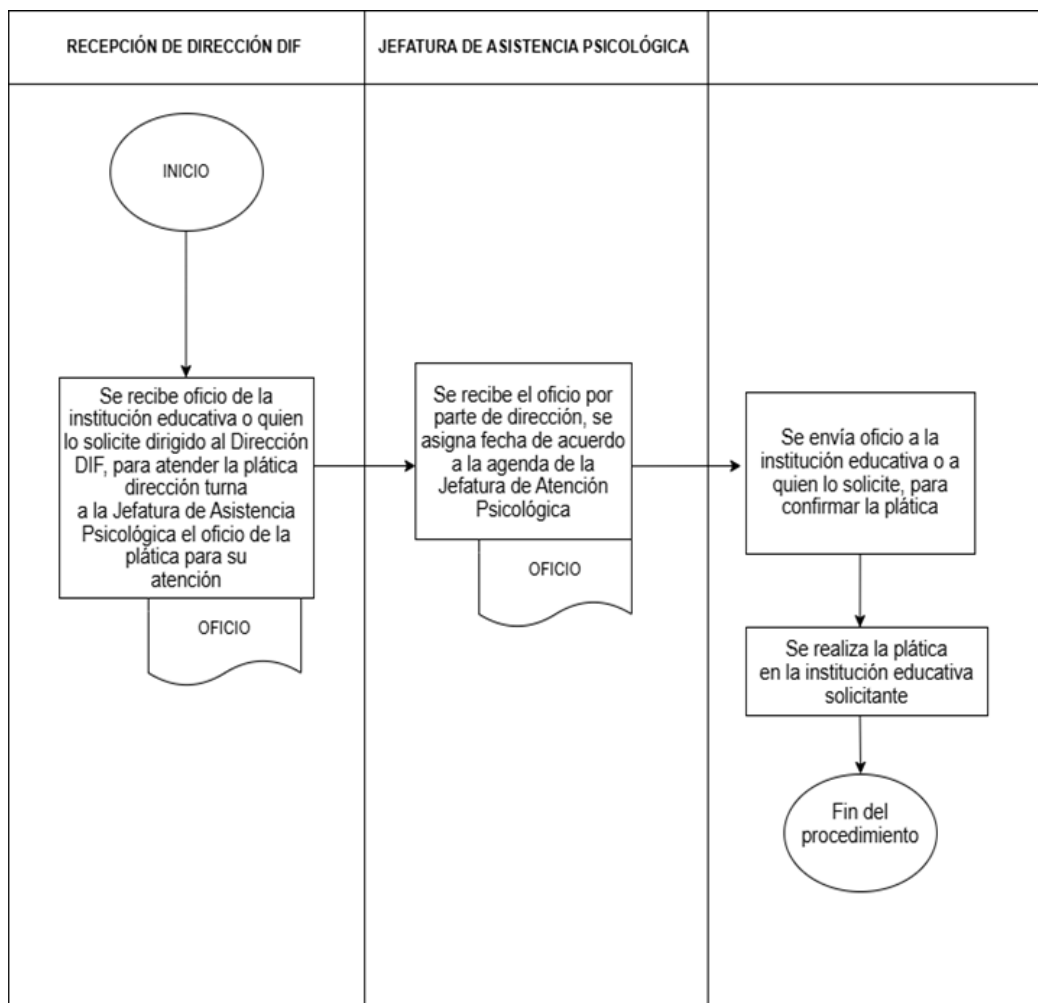
### 4. Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o Documento	Responsable
1	Recibe oficio de la institución educativa o quien lo solicite dirigido a la Dirección DIF, para atender la plática la dirección turna a la Jefatura de Asistencia Psicológica el oficio de la plática para su atención.	Oficio	Recepción de Dirección DIF

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

2	Recibe le oficio y asigna fecha de acuerdo con la agenda de la Jefatura de Atención Psicológica.	Oficio	Jefatura de Asistencia Psicológica
3	Envía oficio a la institución educativa o a quien lo solicite, para confirmar la plática.	Oficio	Jefatura de Asistencia Psicológica
4	Realiza la plática en la institución educativa solicitante.	N/A	Jefatura de Asistencia Psicológica
5	Fin del procedimiento.	N/A	N/A

### 5. Diagrama de flujo



	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

## 6. Listado de formatos aplicables

Título	Observaciones
No aplica	No aplica

## 7. Presentación de formatos aplicables

No aplica

## JEFATURA DE ASISTENCIA JURÍDICO-SOCIAL

### III.I Atención a Juzgados

#### 1. Objetivo

Brindar apoyo con Como resultado de las solicitudes realizadas por parte de la Autoridad Judicial, la Dependencia a través de la Dirección de DIF, brinda apoyo con dictámenes de peritos en Trabajo Social, para emitir el dictamen respectivo.

#### 2. Fundamento legal

- Ley General de Desarrollo Social.
- Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- Ley de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Puebla.
- Código de Procedimientos Civiles para el Estado de Puebla.
- Ley General de Población.
- Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla.
- Reglamento de la Administración Pública del Municipio de Atlixco, Puebla.

#### 3. Tiempo promedio de gestión

Variable.

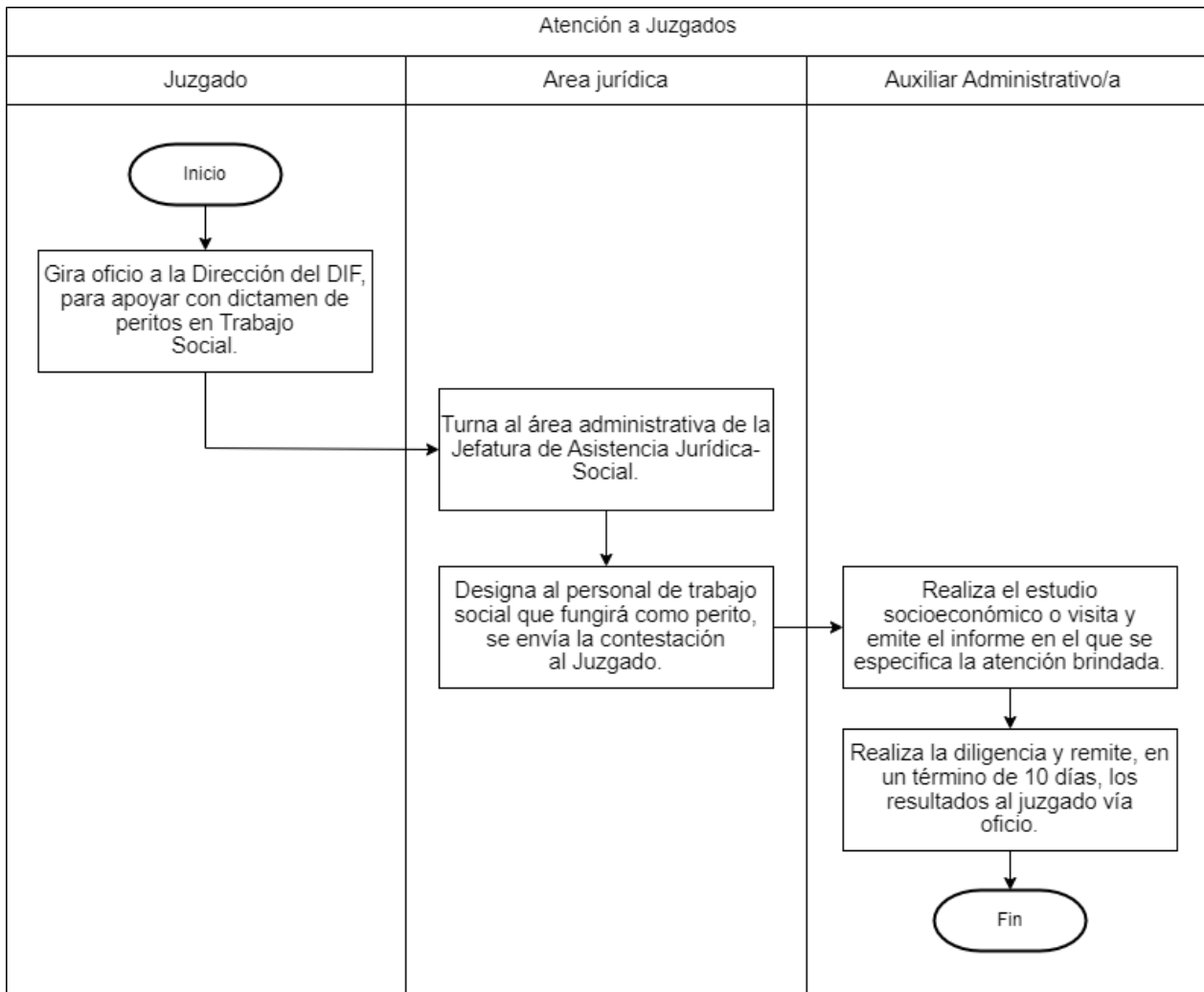
#### 4. Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o Documento	Responsable
1	Gira oficio a la dirección del DIF, para apoyar con dictamen de peritos en Trabajo Social.	Oficio	Juzgado
2	Turna al área administrativa de la Jefatura de Asistencia Jurídica-Social.	Designación	Área jurídica

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

3	Designa al personal de trabajo social que fungirá como perito, se envía la contestación al Juzgado.	Oficio	Área jurídica
4	Realiza el estudio socioeconómico o visita y emite el informe en el que se especifica la atención brindada.	N/A	Auxiliar Administrativo/a (Trabajador/a social)
5	Realiza la diligencia y remite, en un término de 10 días, los resultados al juzgado vía oficio.	Dictamen	Auxiliar Administrativo/a (Trabajo Social)
6	Fin del procedimiento	N/A	N/A

### 5. Diagrama de flujo



 <b>AYUNTAMIENTO DE Atlixco</b>	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

## 6. Listado de formatos aplicables

Título	Observaciones
No aplica	No aplica

## 7. Presentación de formatos aplicables

No aplica

### III.m Asesorías jurídicas

#### 1. Objetivo

Apoyar a la ciudadanía que así lo demande, brindándole asesoría y acompañamiento jurídico sobre los diversos temas legales que tenga interés el/la usuario/a, a efecto de auxiliarlo/a en la resolución de controversias jurídicas en las cuales pudiera verse involucrado.

#### 2. Fundamento legal

- Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla.
- Código Penal del Estado de Puebla.
- Código de Procedimientos Penales.
- Código de Procedimientos Civiles para el Estado de Puebla.
- Ley de Asistencia Social.
- Ley General de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes.
- Ley de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes del Estado de Puebla.

#### 3. Tiempo promedio de gestión

Variable.

#### 4. Descripción del procedimiento

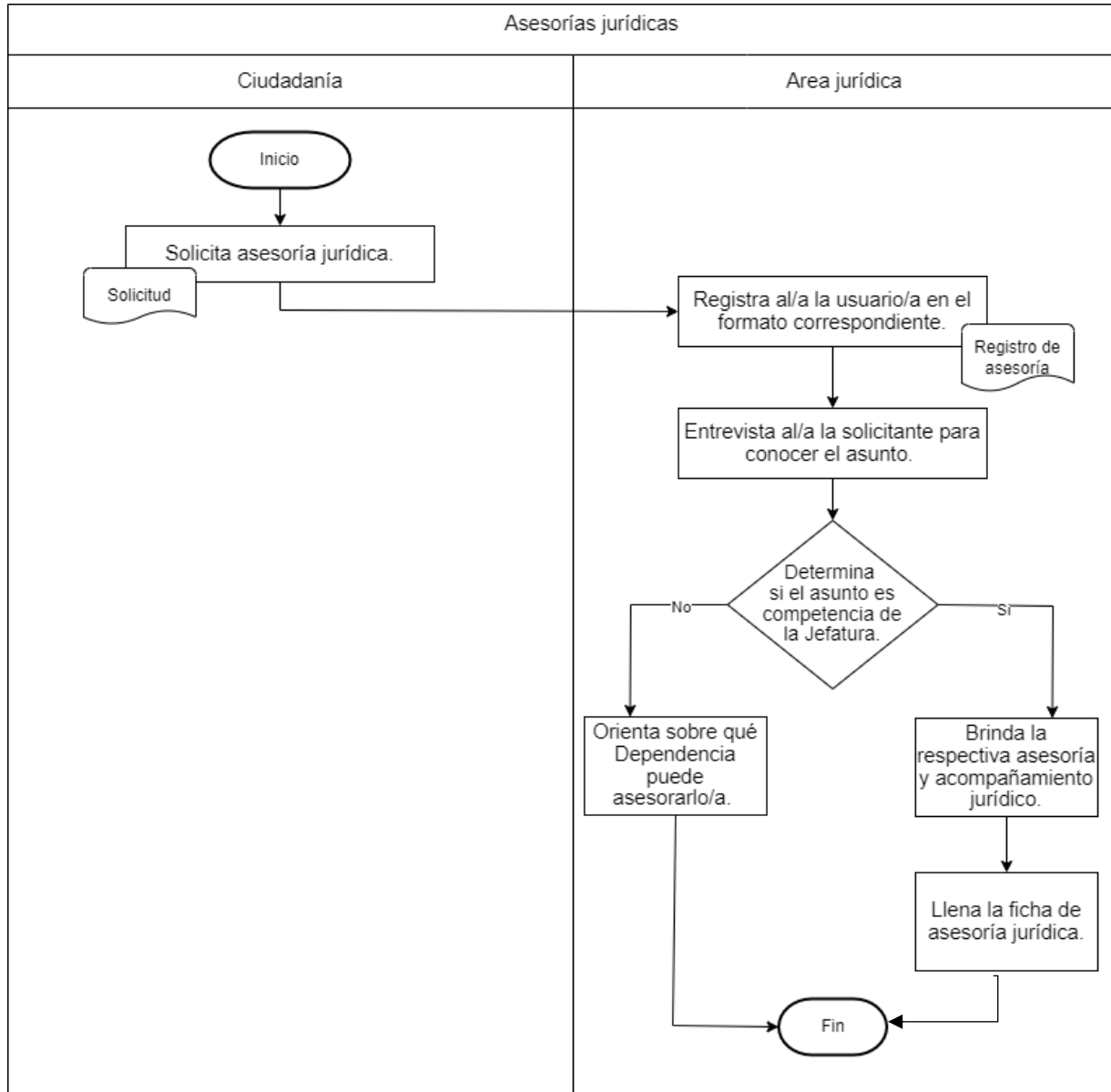
No.	Actividad	Formato o Documento	Responsable
1	Solicita asesoría jurídica.	Solicitud	Ciudadanía
2	Registra al/a la usuario/a en el formato correspondiente.	Registro de asesorías	Jefatura de Asistencia Jurídico-Social

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

3	Entrevista al/a la solicitante para conocer el asunto.	No aplica	Jefatura de Asistencia Jurídico-Social
4	Determina si el asunto es competencia de la Jefatura. Si, continua en el punto 5. No, orienta sobre qué Dependencia puede asesorarlo/a y finaliza el procedimiento.	No aplica	Jefatura de Asistencia Jurídico-Social
5	Brinda la respectiva asesoría y acompañamiento jurídico.	No aplica	Jefatura de Asistencia Jurídico-Social
6	Llena la ficha de asesoría jurídica.	Ficha de asesoría	Jefatura de Asistencia Jurídico-Social
7	Fin del procedimiento.	No aplica	No aplica

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

### 5. Diagrama de flujo

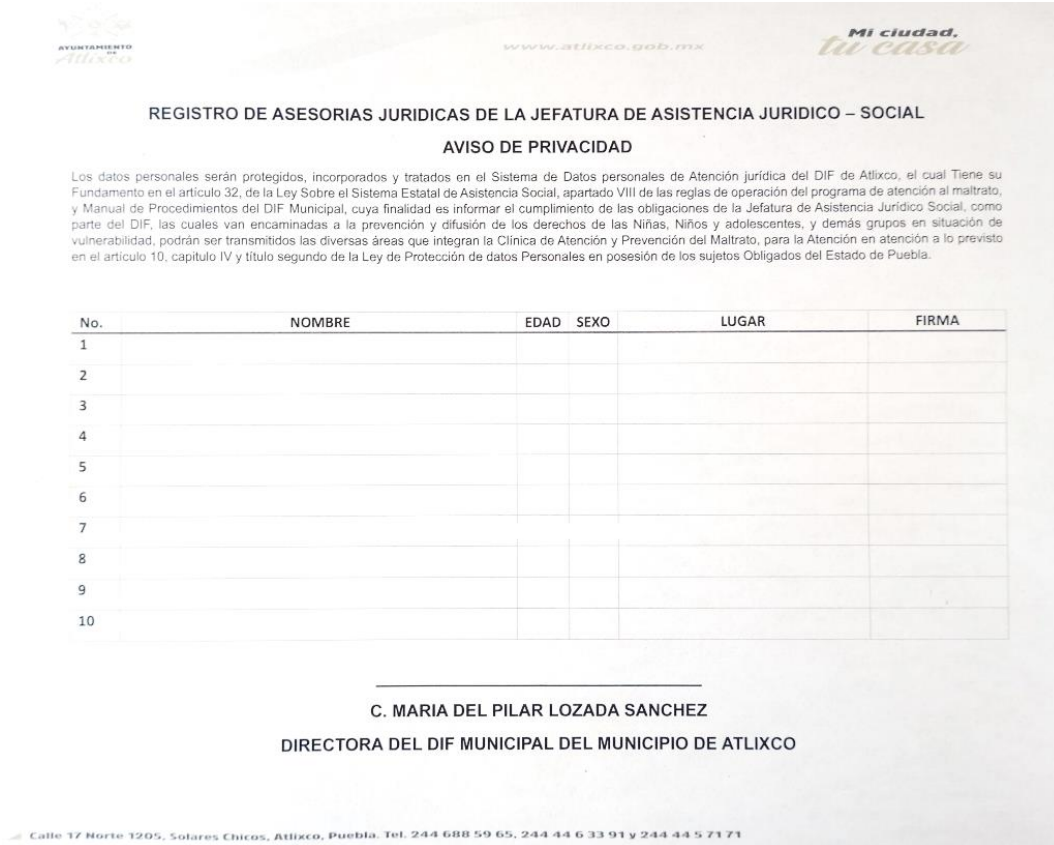


### 6. Listado de formatos aplicables

Título	Observaciones
Registro de asesorías jurídicas de la jefatura de asistencia jurídico-social	Se conserva en el Área jurídica

 <b>AYUNTAMIENTO DE Atlixco</b>	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

## 7. Presentación de formatos aplicables



**REGISTRO DE ASESORIAS JURIDICAS DE LA JEFATURA DE ASISTENCIA JURIDICO – SOCIAL**  
**AVISO DE PRIVACIDAD**

Los datos personales serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos personales de Atención jurídica del DIF de Atlixco, el cual Tiene su Fundamento en el artículo 32, de la Ley Sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, apartado VIII de las reglas de operación del programa de atención al maltrato, y Manual de Procedimientos del DIF Municipal, cuya finalidad es informar el cumplimiento de las obligaciones de la Jefatura de Asistencia Jurídico Social, como parte del DIF, las cuales van encaminadas a la prevención y difusión de los derechos de las Niñas, Niños y adolescentes, y demás grupos en situación de vulnerabilidad, podrán ser transmitidos las diversas áreas que integran la Clínica de Atención y Prevención del Maltrato, para la Atención en atención a lo previsto en el artículo 10, capítulo IV y título segundo de la Ley de Protección de datos Personales en posesión de los sujetos Obligados del Estado de Puebla.

No.	NOMBRE	EDAD	SEXO	LUGAR	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

**C. MARIA DEL PILAR LOZADA SANCHEZ**  
**DIRECTORA DEL DIF MUNICIPAL DEL MUNICIPIO DE ATLIXCO**

➤ Calle 17 Norte 1205, Solares Chicos, Atlixco, Puebla. Tel. 244 688 59 65, 244 44 6 33 91 y 244 44 5 71 71

### III.n Impartición de Pláticas

#### 1. Objetivo

Difundir entre la ciudadanía el conocimiento y comprensión de los derechos de niñas, niños y adolescentes, así como la protección de estos a través de la impartición de pláticas para evitar infringir al estado de derecho que protege a estos grupos poblacionales.

#### 2. Fundamento legal

- Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- Ley de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes del Estado de Puebla.

#### 3. Tiempo promedio de gestión

Variable.

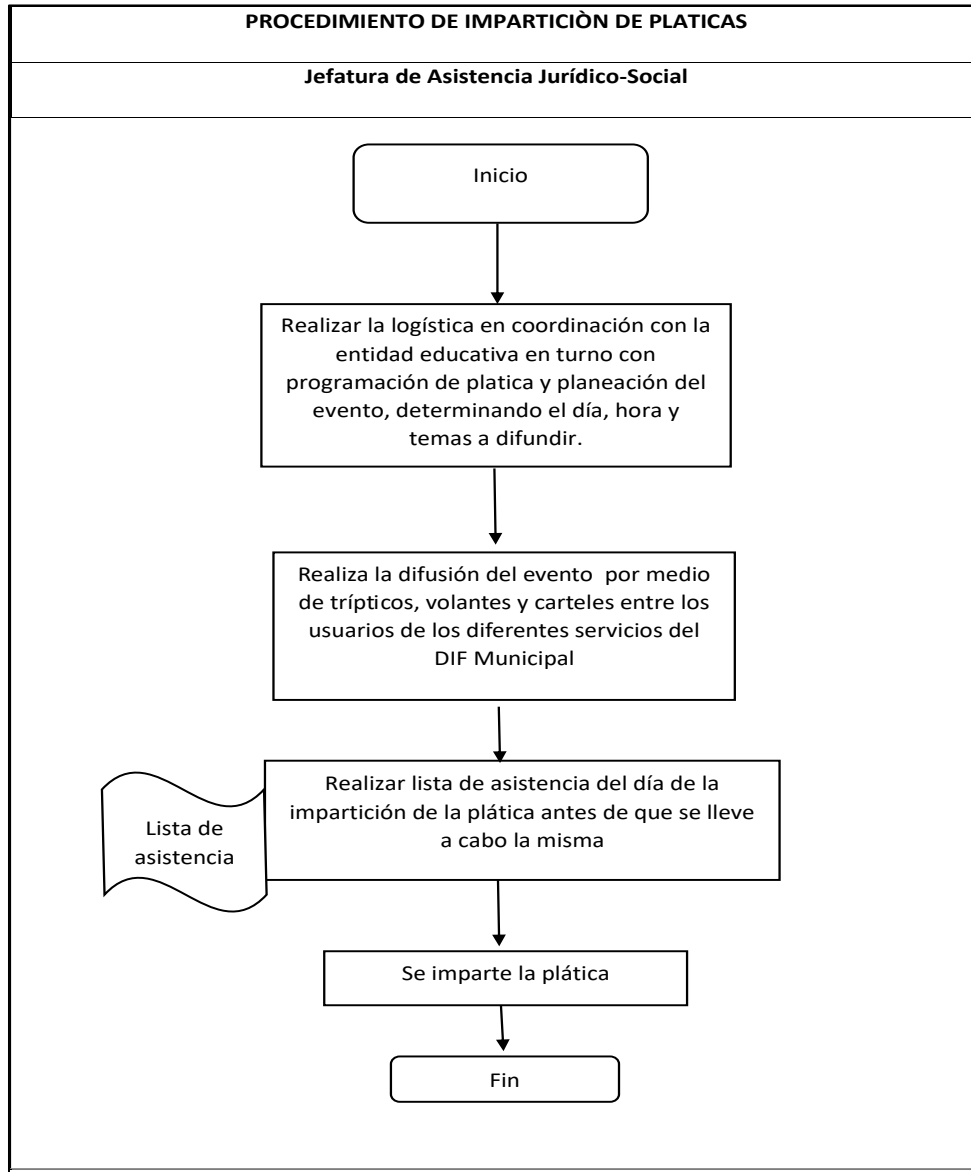
	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

#### 4. Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o Documento	Responsable
1	Realiza la logística en coordinación con la entidad educativa en turno con programación de plática y planeación del evento, determinando el día, hora y temas a difundir.	N/A	Jefatura de Asistencia Jurídico-Social
2	Realiza la difusión del evento por medio de trípticos, volantes, carteles entre los usuarios de los diferentes servicios del DIF Municipal.	N/A	Jefatura de Asistencia Jurídico-Social
3	Realiza lista de asistencia el día de la impartición de la plática, antes de que se lleve a cabo la misma.	Lista de asistencia	Jefatura de Asistencia Jurídico-Social
4	Imparte la plática.	N/A	Jefatura de Asistencia Jurídico-Social
5	Fin del procedimiento.	N/A	N/A

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

### 5. Diagrama de flujo



### 6. Listado de formatos aplicables

Título	Observaciones
Registro de personas asistentes a platicas de los derechos de las niñas, niños y adolescentes	Se conserva en el área jurídica.

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

## 7. Listado de formatos aplicables

### REGISTRO DE PERSONAS ASISTENTES A PLATICAS DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

#### AVISO DE PRIVACIDAD

Los datos personales serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos personales de Atención jurídica del DIF de Atlixco, el cual Tiene su Fundamento en el artículo 32, de la Ley Sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, apartado VIII de las reglas de operación del programa de atención al maltrato, y Manual de Procedimientos del DIF Municipal, cuya finalidad es informar el cumplimiento de las obligaciones de la Jefatura de Asistencia Jurídico Social, como parte del DIF, las cuales van encaminadas a la prevención y difusión de los derechos de las Niñas, Niños y adolescentes, y demás grupos en situación de vulnerabilidad, podrán ser transmitidos las diversas áreas que integran la Clínica de Atención y Prevención del Maltrato, para la Atención en atención a lo previsto en el artículo 10, capítulo IV y título segundo de la Ley de Protección de datos Personales en posesión de los sujetos Obligados del Estado de Puebla.

No.	NOMBRE	EDAD	SEXO	LUGAR	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

IMPARTIÓ: \_\_\_\_\_

LIC.

C.

TÍTULAR DE LA JEFATURA DE ASISTENCIA JURÍDICO – SOCIAL

## JEFATURA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA

### III.o Registro de posibles beneficiarios a programas alimenticios

#### 1. Objetivo

Proporcionar apoyo alimentario a las personas que pertenezcan a grupos vulnerables, canalizándolos a los programas existentes dentro de la dependencia. Además de proporcionar capacitaciones para el autoempleo.

#### 2. Fundamento legal

- Ley de Asistencia Social (LAS).

#### 3. Tiempo promedio de gestión

Variable

#### 4. Descripción del procedimiento

No.	Actividades	Formato o Documento	Responsable
1	Ingresa solicitud de formato o documento solicitando apoyo alimentario.	Formato correspondiente,	Beneficiario/a

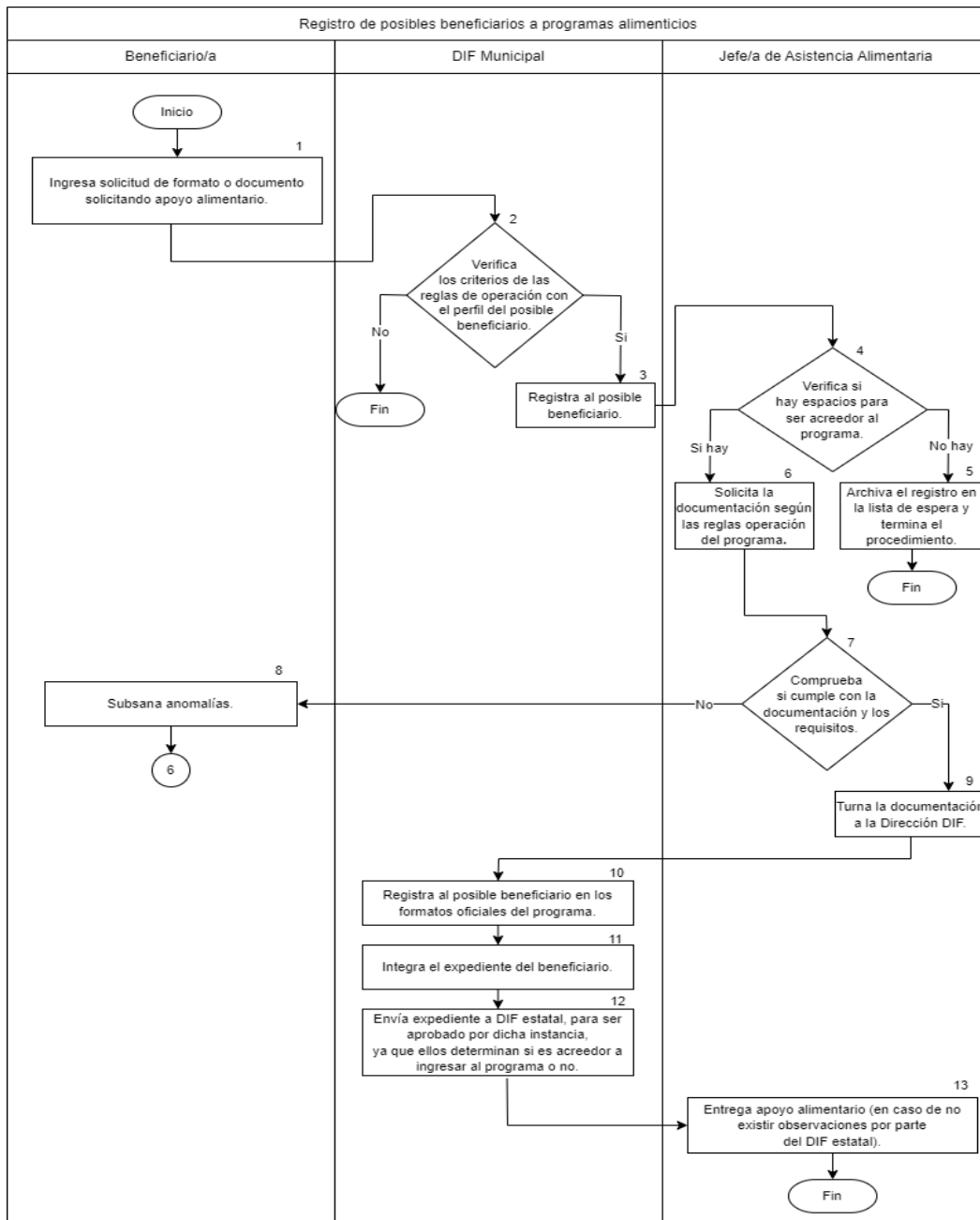
	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

		según el programa alimentario	
2	Verifica los criterios de las reglas de operación con el perfil del posible beneficiario. Si cumple, continua en el paso 3. No cumple, concluye el trámite.	Reglas de operación del programa que se solicita	DIF Municipal
3	Registra al posible beneficiario.	N/A	DIF Municipal
4	Verifica la disponibilidad de espacios para ser acreedor al programa. ¿Hay disponibilidad? Si: continua en el paso 6. No: continua en el paso 5.	Padrón de beneficiarios	Jefe/a de Asistencia Alimentaria
5	Archiva el registro en la lista de espera y termina el procedimiento.	N/A	Jefe/a de Asistencia Alimentaria
6	Solicita la documentación según las reglas operación del programa.	N/A	Jefe/a de Asistencia Alimentaria
7	Comprueba si cumple con la documentación y los requisitos. Si: continua en el paso 9. No: continua en el paso 8.	N/A	Jefe/a de Asistencia Alimentaria
8	Subsana anomalías y regresa al paso 6.	N/A	Beneficiario
9	Turna la documentación a la Dirección DIF.	N/A	Jefe/a de Asistencia Alimentaria
10	Registra al posible beneficiario en los formatos oficiales del programa.	Formatos de registro (según el programa)	DIF Municipal
11	Integra el expediente del beneficiario.	N/A	DIF Municipal
12	Envía expediente a DIF estatal, para ser aprobado por dicha instancia, ya que ellos determinan si es acreedor a ingresar al programa o no.	Oficio	DIF Municipal

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

13	Entrega apoyo alimentario (en caso de no existir observaciones por parte de DIF estatal).	Listado de beneficiarios (proporcionado por DIF Estatal)	Jefe/a de Asistencia Alimentaria
14	Fin del procedimiento	N/A	N/A

### 5. Diagrama de flujo



 <b>AYUNTAMIENTO DE Atlixco</b>	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

## 6. Listado de formatos aplicables

Título	Observaciones
Formatos de registro de los programas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo alimentario a grupos prioritarios</li> <li>• Apoyo alimentario PAMEL</li> <li>• Apoyo alimentario PAMEL de 12 a 24</li> </ul>	Pertenece a la delegación estatal DIF. Por este motivo no se presentan.

## 7. Presentación de formatos aplicables

No aplica

### III.p Inscripción a cursos de CECADE

#### 1. Objetivo

Realizar el proceso para el alta de las personas interesadas a los diferentes cursos que oferta el módulo de CECADE que se encuentra en el DIF municipal, a efecto de brindarles herramientas necesarias para su desarrollo personal, creando cursos que permitan el autoempleo

#### 2. Fundamento legal

- Ley General de Desarrollo Social.
- Ley General de Salud.
- Ley General de Población.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
- Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla.
- Reglamento de la Administración Pública del Municipio de Atlixco.
- Plan Municipal de Desarrollo del Municipio de Atlixco, Puebla, 2024-2027.

#### 3. Tiempo de gestión

La inscripción al curso es inmediata.

#### 4. Descripción del procedimiento

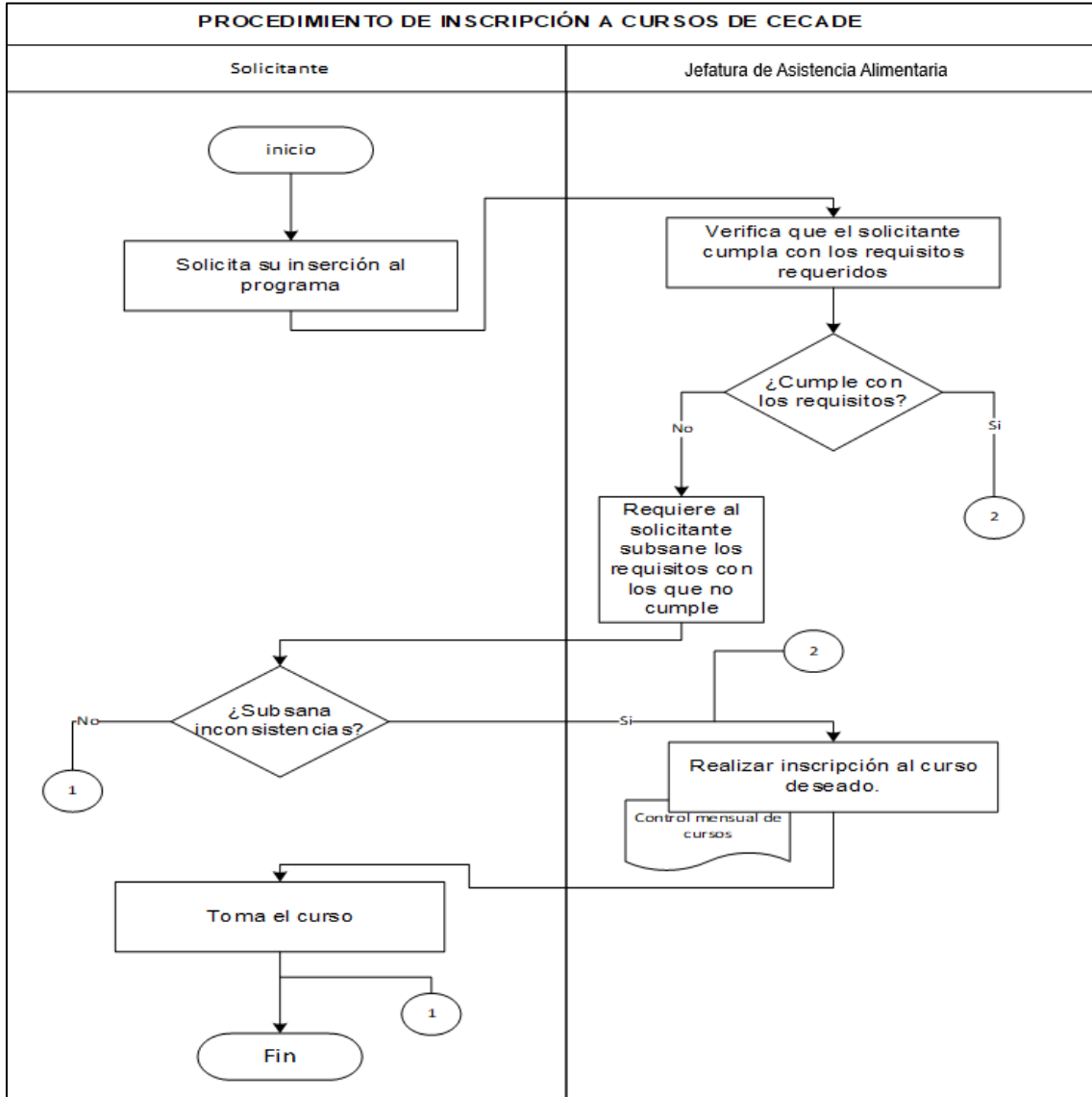
No.	Actividades	Formato o Documento	Responsable
1	Solicita su inserción al programa.	N/A	Solicitante
2	Verifica que el solicitante entregue los requisitos necesarios y cumpla con ellos. ¿Cumple? Si, continua en actividad 4.	Original y copia - Identificación oficial - CURP	Jefatura de Asistencia Alimentaria

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

	No, pasa a la actividad 3.	- Comprobante de domicilio (antigüedad no mayor a tres meses, puede ser recibo de agua, luz, predial)	
3	Requiere al solicitante subsane las inconsistencias en los requisitos. ¿Subsana? Si: continua con el paso 4. No: finaliza el procedimiento.	N/A	Solicitante
4	Realiza inscripción al curso deseado.	Control mensual de cursos	Jefatura de Asistencia Alimentaria
5	Toma el curso.	N/A	Solicitante
6	Fin del procedimiento.	N/A	N/A

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

### 5. Diagrama de flujo



### 6. Formatos aplicables

Título	Observaciones
No aplica	No aplica

### 7. Presentación de formatos aplicables

No aplica

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

### III.q Inscripción a estancia de día

#### 1. Objetivo

Brindar asistencia social a los adultos mayores durante el día, que les permitan el mejoramiento de sus condiciones de vida brindándoles oportunidades para mejorar su calidad de vida en la etapa de la vejez, con la impartición de talleres de esparcimiento, motivación y salud mental para su bienestar.

#### 2. Fundamento legal

- Ley de Asistencia Social (LAS).

#### 3. Tiempo de gestión

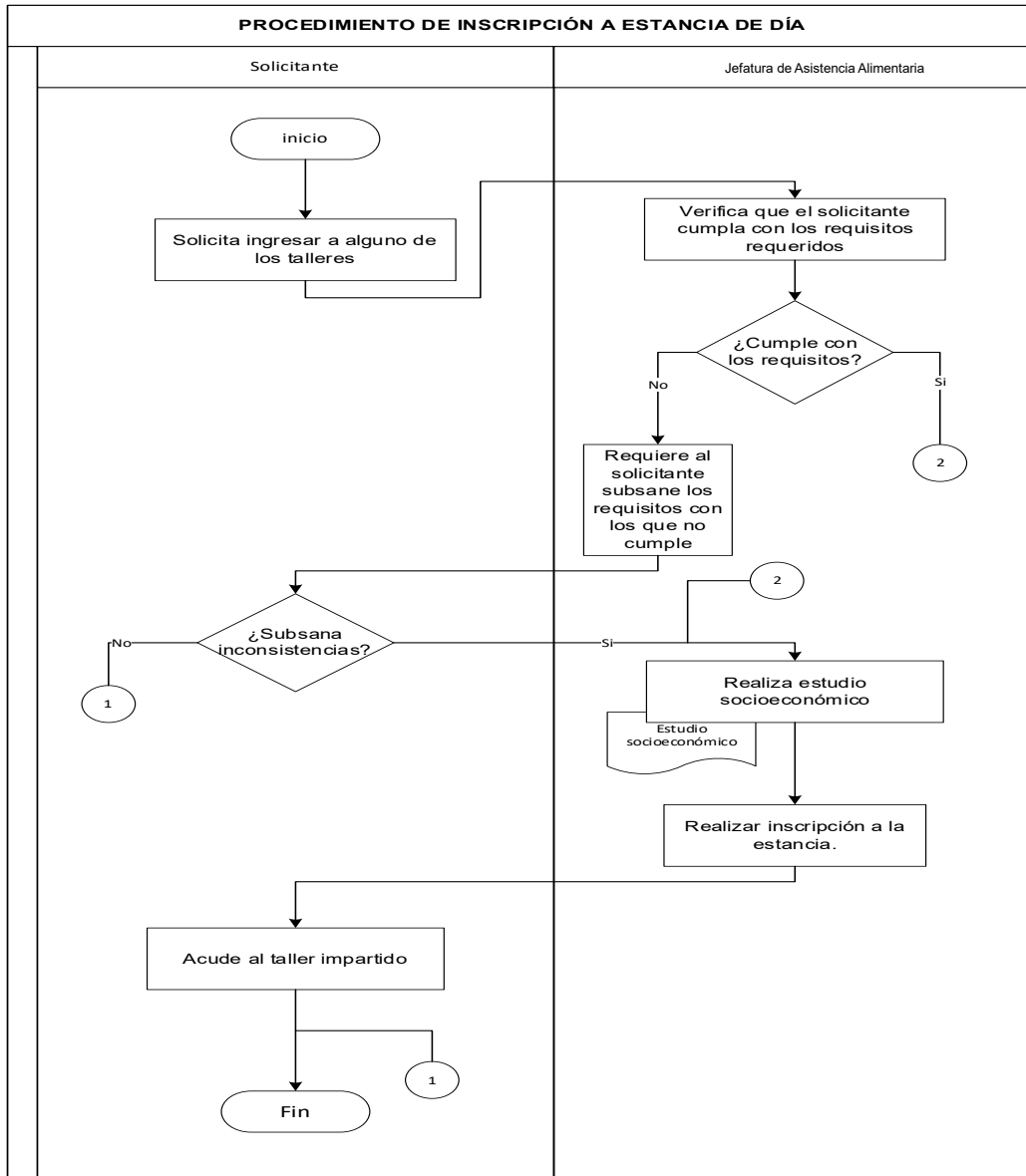
La inscripción al programa es inmediata.

#### 4. Descripción del procedimiento

No.	Actividad	Formato o Documento	Responsable
1	Solicita ingresar a la estancia.	N/A	Solicitante
2	<p>Verifica que el solicitante tenga 60 años cumplidos y sea residente del municipio de Atlixco, así como que entregue los requisitos requeridos.</p> <p>¿Cumple con los requisitos?</p> <p>Si: procede al paso 4.</p> <p>No: requiere al solicitante subsane los requisitos con los que no cumple.</p>	<p>Copia y original para cotejo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acta de Nacimiento</li> <li>• CURP actualizado</li> <li>• Identificación oficial (INE, pasaporte, Credencial del IMSS, ISSSTE o licencia de manejo)</li> <li>• Comprobante de domicilio no mayor a tres meses de antigüedad (recibo de agua, luz o predial)</li> <li>• Credencial del INAPAM</li> </ul>	Jefatura de Asistencia Alimentaria
3	<p>¿Subsana inconsistencias?</p> <p>Si: continua con el paso 4.</p> <p>No: finaliza el procedimiento.</p>	N/A	Solicitante
4	Realiza estudio socioeconómico.	Estudio socioeconómico proporcionado por SEDIF	Jefatura de Asistencia Alimentaria
5	Realiza inscripción a la estancia.	N/A	Jefatura de Asistencia Alimentaria
6	Acude al taller impartido.	N/A	Solicitante
7	Fin del procedimiento.	N/A	N/A

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

### 5. Diagrama de flujo



### 6. Formatos aplicables

Título	Observaciones
No aplica	No aplica

### 7. Presentación de formatos aplicables

No aplica.

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

## JEFATURA CRI

### III.r Servicio de Terapia (física, lenguaje, ocupacional, psicológica y equinoterapia)

#### 1. Objetivo

Ofrecer un servicio de calidez y calidad al usuario al brindar consultas con especialistas que diagnostiquen y establezcan un tratamiento correspondiente para cada usuario con el fin de la fácil incorporación del usuario a su vida familiar y social, a través de diversos tipos de terapias, tales como, física, ocupacional, psicológica, equino terapia, entre otras.

#### 2. Fundamento legal

- Ley General de Salud.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

#### 3. Tiempo de gestión

Variable.

#### 4. Descripción del procedimiento

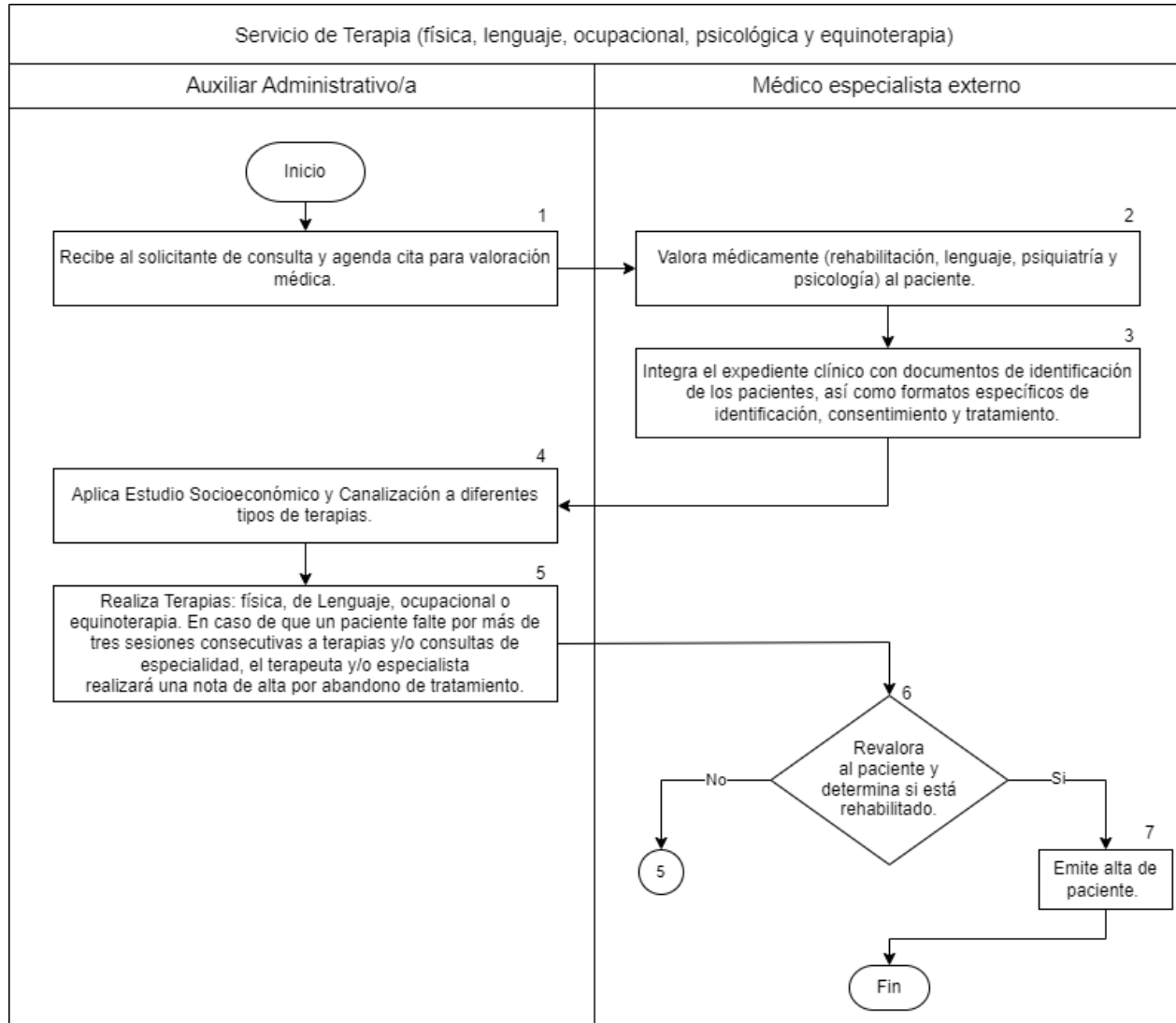
No.	Actividad	Formato o documento	Responsable
1	Recibe al solicitante de consulta y agenda cita para valoración médica.	Referencias Médicas (si las hay)	Auxiliar Administrativo/a
2	Valora médicamente (rehabilitación, lenguaje, psiquiatría y psicología) al paciente. Llegado el día de la cita con los diferentes especialistas, el paciente es valorado de forma integral para poder asignar el tratamiento específico a cada padecimiento.	Expediente Clínico - Carta de consentimiento Informado - Carta Responsiva - Hoja de Nota Médica - Recetas médicas	Médico especialista externo
3	Integra el expediente clínico con documentos de identificación de los pacientes, así como formatos específicos de identificación, consentimiento y tratamiento.	Expediente Clínico	Médico especialista externo

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

4	<p>Aplica Estudio Socioeconómico y Canalización a diferentes tipos de terapias.</p> <p>Al terminar la consulta con el especialista a cada paciente se le realiza un estudio socioeconómico y/o una visita domiciliaria para asignar un nivel socioeconómico y así poder calcular el pago por terapia. Así mismo se canaliza a cada paciente según las indicaciones del médico especialista a los diferentes tipos de terapias ofertados en el CRI.</p>	<p>Estudio Socioeconómico Carnet de citas</p>	<p>Auxiliar administrativo/a (Trabajador/a Social)</p>
5	<p>Realiza Terapias: física, de Lenguaje, ocupacional o equinoterapia. El paciente acude a las terapias asignadas en tiempo y forma de acuerdo con el número de sesiones ya establecido hasta la indicación de la nueva revaloración médica. En caso de que un paciente falte por más de tres sesiones consecutivas a terapias y/o consultas de especialidad, el terapeuta y/o especialista realizará una nota de alta por abandono de tratamiento.</p>	<p>Hojas de Notas de Consulta</p>	<p>Auxiliar Administrativo/a (Terapeuta físico, de lenguaje, ocupacional)</p>
6	<p>Revalora al paciente. ¿Está rehabilitado? No, regresa a la actividad 4. Si, pasa a la actividad 7.</p>	<p>Hoja de nota médica</p>	<p>Médico especialista externo</p>
7	<p>Emite alta de paciente. Al considerarse paciente rehabilitado, el médico especialista realizara una nota de alta del paciente donde se determina su alta por mejoría.</p>	<p>Alta Médica</p>	<p>Médico especialista externo</p>
8	<p>Fin de procedimiento.</p>	<p>No aplica</p>	<p>No aplica</p>

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

## 5. Diagrama de flujo



## 6. Formatos aplicables

Título	Observaciones
Expediente clínico	Archivo de concentración municipal
Carta de solicitud de servicio	Archivo de concentración municipal
Carta de consentimiento informado	Archivo de concentración municipal
Carta Responsiva	Archivo de concentración municipal
Estudio Socioeconómico y aviso de privacidad de datos personales	Archivo de concentración municipal
Hoja de nota de consulta	Archivo de concentración municipal
Carnet de citas	Archivo de concentración municipal

 <b>AYUNTAMIENTO DE Atlixco</b>	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

## 7. Presentación de formatos aplicables

**EXPEDIENTE CLÍNICO**

---

*CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL*

NOMBRE DEL PACIENTE:

No. DE EXPEDIENTE

LOCALIDAD

**FORMATO DE SOLICITUD DE SERVICIOS**

---

*CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL*

A QUIEN CORRESPONDA, FECHA \_\_\_\_\_

Ella que suscribe C. \_\_\_\_\_

Solito a usted de la manera mas atenta me brinden el servicio de: \_\_\_\_\_

Oferido en el Centro de rehabilitación integral de Atlixco\*.

\*Los servicios de terapia Física, Ocupacional, Equinoterapia, de lenguaje, CEMS se brindan previa valoración por el médico especialista

Nombre del solicitante y firma \_\_\_\_\_

*Mi ciudad, tu casa*

AYUNTAMIENTO

Calle Miguel Hidalgo S/N

*Mi ciudad, tu casa*

**CARTA RESPONSIVA**

Ella que suscribe C. \_\_\_\_\_ certifico que:

- En caso de acudir a otro servicio particular de rehabilitación o tratamiento alternativo (fisioterapia privada, fútsero, brujos, curanderos, quiropráctico, etc.) o bien esoterismo
- No acatar las indicaciones del terapeuta dentro de las sesiones prescritas por el Médico Especialista, y/o Psicólogo, mismas que puedan agravar mi condición física o estado de salud.

Estoy consciente de los riesgos y consecuencias que esto implique, así como de los posibles riesgos o problemas que alteren mi estado físico y de salud, asumiendo personalmente cualquier consecuencia de enfermedad por la toma de mi decisión.

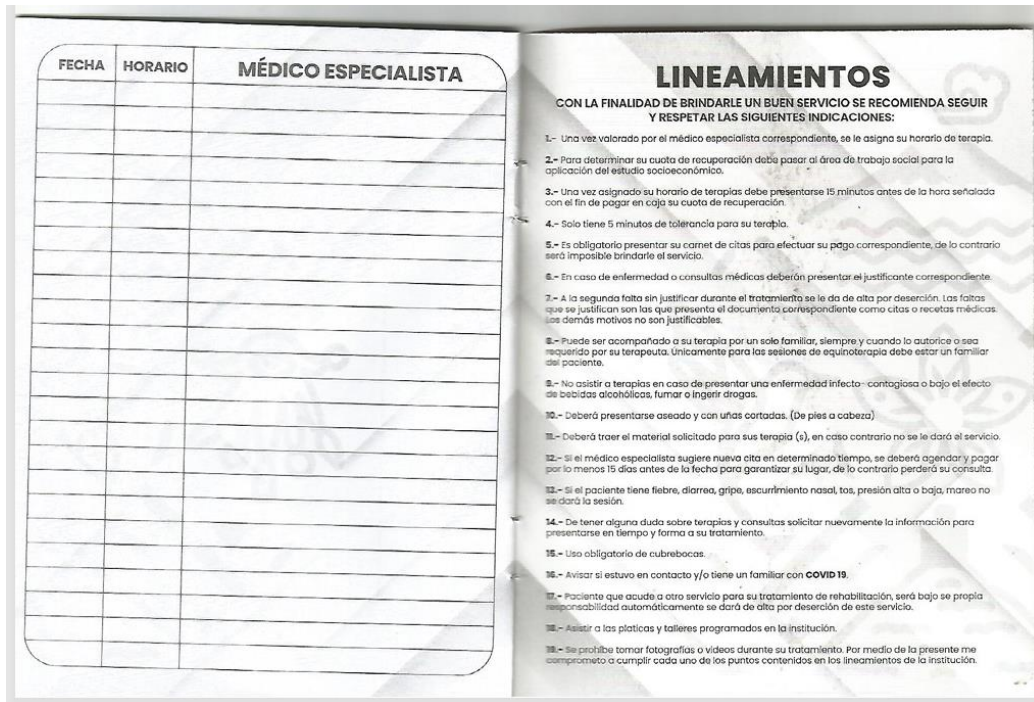
Deslindo de toda responsabilidad civil, laboral y penal, al Centro de Rehabilitación Integral de Atlixco, al Sistema Municipal DIF de Atlixco, al médico especialista en Medicina de Rehabilitación del Centro y al terapeuta a cargo de mi tratamiento de cualquier anomalía o problema derivado de lo anteriormente citado.

Me comprometo también a cumplir en tiempo y forma a presentar los estudios de gabinete (Rayos X, ultrasonido, resonancia magnética etc.) otra valoración médica especializada solicitada, laboratorios así como cualquier material o adarmento solicitado por el médico especialista en Medicina de Rehabilitación de esta institución (silla de ruedas o modificaciones de la misma, prótesis, planillas, faja, férulas, etc.) necesarios para normar la conducta terapéutica del tratamiento, en el entendido que de no ser así, estoy consciente de que esto puede implicar una evolución estacionaria.

Atlixco, Puebla, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_\_



 <b>AYUNTAMIENTO DE Atlixco</b>	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01



#### IV. GLOSARIO

- **Discapacidad:** Término general que abarca las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. (OMS, 2001).
- **Estudio Socioeconómico:** Investigación que implica una entrevista, aplicando una metodología para identificar aspectos relevantes de una persona enfocados a: salud, condición económica, localización, tipo de vivienda, entre otros, se complementa con evidencia documental, así como de visita domiciliaria (en caso de ser necesaria) que permite evaluar si la persona es sujeto o no a la asistencia social.
- **Expediente:** Instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagen lógicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del

	<b>Manual de Procedimientos de Dirección DIF</b>	Registro: MA2427/RMP/DDIF/013
		Fecha de Elaboración: 30 de Marzo de 2026
		Fecha de Actualización: 30 de Marzo de 2026
		Núm. de Revisión: 01

bienestar físico, mental y social del mismo. (NOM 004-SSA3-2012, Del expediente clínico).

- **Grupos vulnerables:** Persona o grupo que, por sus características de desventaja por edad, sexo, estado civil; nivel educativo, origen étnico, situación o condición física y/o mental; requieren de un esfuerzo adicional para incorporarse al desarrollo y a la convivencia.
- **Paciente:** Persona que sufre dolor y/o malestar y/o algún padecimiento que pueda ser diagnosticado por un médico especialista en rehabilitación, y que, por ende, solicita asistencia médica especializada, sometiéndose a cuidados profesionales para mejorar su salud.
- **Polifuncional:** Funcionario público que se ha desempeñado en diversas áreas de la Administración.
- **Posible beneficiario:** Habitante del municipio de Atlixco que pertenece a algún grupo vulnerable y que su perfil empata con uno de los programas existentes en el DIF municipal.