



San Luis de la Paz  
Nación Chichimeca

# Registro de Trámites y Servicios

**DEPENDENCIA:** Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Municipio de San Luis de la Paz

| NOMBRE DEL TRÁMITE    | CLAVE | FECHA DE REGISTRO |    |      |
|-----------------------|-------|-------------------|----|------|
| TERAPIAS PSICOLÓGICAS |       | 25                | 02 | 2016 |

## USUARIOS

Pacientes canalizados por la Unidad de Rehabilitación que cuenten con alguna discapacidad así como a los familiares de los mismos o en su caso simplemente Personas Discapacitadas que requieran atención psicológica aunque no asistan a la Unidad de rehabilitación.

| DOCUMENTO QUE SE OBTIENE  | COSTO   | TIEMPO DE RESPUESTA | VIGENCIA   |
|---------------------------|---|---------------------|------------|
| Integración de expediente | Cita de primera vez<br>\$35.00  | INMEDIATO           | Indefinido |
|                           | Costo variable según estudio socioeconómico con el siguiente tabulador. |                     |            |
|                           | NIVEL 1 \$15.00   |                     |            |
|                           | NIVEL 2 \$45.00   |                     |            |
|                           | NIVEL 3 \$55.00   |                     |            |
|                           | NIVEL 4 \$65.00   |                     |            |
| NIVEL 5 \$75.00           |   |                     |            |

## LUGAR DONDE SE REALIZA

|                             |  |                  |                                 |
|-----------------------------|--|------------------|---------------------------------|
| <b>Oficina Receptora</b>    | Centro de Rehabilitación de San Luis de la Paz, Gto.             |                  |                                 |
| <b>Domicilio</b>            | Velazco Ibarra # 303   | <b>Municipio</b> | San Luis de la Paz, Gto         |
| <b>Teléfono (s)</b>         | 6883503 Ext. 101 y 102   | <b>Fax</b>       |                                 |
|                             |  | <b>e-mail</b>    | rehabilitacionslpaz@hotmail.com |
| <b>Horario de atención</b>  | Lunes a Viernes de 8:00 am a 4:00 pm                             |                  |                                 |
| <b>Oficina Resolutoria:</b> | Centro de Rehabilitación Ludovicense de San Luis de la Paz, Gto. |                  |                                 |

| REQUISITOS                         | DOCUMENTO REQUERIDO |       |
|------------------------------------|---------------------|-------|
|                                    | ORIGINAL            | COPIA |
| Diagnóstico médico o canalización. | X                   |       |

|  |  |   |
|--|--|---|
| Credencial de elector (En caso de ser menor de edad la de alguno de los padres o tutor). |  | X |
| Acta de nacimiento   |  |   |
| Curp   |  | X |
| Comprobante de domicilio actualizado   |  | X |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|                      |
|----------------------|
| <b>OBSERVACIONES</b> |
|----------------------|

|  |
|--|
|  |
|--|

|                           |
|---------------------------|
| <b>FUNDAMENTOS DE LEY</b> |
|---------------------------|

|  |
|--|
| Tabulador de cuotas de recuperación 2016, autorizadas por el patronato de SMDIF. |
|--|

|   |
|---|
| <b>FUNDAMENTOS EN DISPOSICIÓN REGLAMENTARIA</b> |
|---|

|  |
|--|
| MANUAL OPERATIVO DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DEL ESTADO DE GUANAJUATO |
|--|

|      |
|------|
| 2015 |
|------|