



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|---------|---|--|--|-----------|----------------------------|-----|
| NOMBRE: | | | | | | | TRÁMIT E: | SERVICIO: | X |
| Atención Pre Hospitalaria | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | | Código de la Cédula | | | IFPC-001 | | |
| Se presta el servicio en caso de Urgencias o emergencias para su atención medica pre hospitalaria y si es necesario su traslado a un centro médico (Hospital) | | | | | | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | | Artículo 1, 3, 73, 74, 75 y 76 de la Ley General de Protección Civil. Artículos 1.1, 1.2, 1.4, 6.1, 6.32, 6.33, 6.34, y 6.35 del Libro Sexto del Código Administrativo de Estado de México. Artículos 23 y 27 Fracción III de la Ley de Salud. | | | | | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | | No Aplica | | | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER: | | N/A | | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | | SI | NO X | DIRECCIÓN WEB | | No Aplica | | | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | | | | En caso de urgencia, emergencia o desastre. | | | | | |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA | | | | No aplica | | | | | |
| REQUISITOS: | | | | ORIGINAL anotar la palabra SI o NO | COPIAS anotar con número la cantidad de copias | FUNDAMENTO JURIDICO-ADMINISTRATIVO, | | | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | | | | | | |
| Reporte del C2, C5, Seguridad Pública, Reportes directos por vía telefónica. | | | | No aplica | No aplica | Artículo 1, 3, 73, 74, 75 y 76 de la Ley General de Protección Civil. Artículos 1.1, 1.2, 1.4, 6.1, 6.32, 6.33, 6.34, y 6.35 del Libro Sexto del Código Administrativo de Estado de México. Artículos 23 y 27 Fracción III de la Ley de Salud. | | | |
| PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS | | | | | | | | | |
| Reportes directos por vía telefónica. | | | | No aplica | No aplica | Artículo 1, 3, 73, 74, 75 y 76 de la Ley General de Protección Civil. Artículos 1.1, 1.2, 1.4, 6.1, 6.32, 6.33, 6.34, y 6.35 del Libro Sexto del Código Administrativo de Estado de México. Artículos 23 y 27 Fracción III de la Ley de Salud. | | | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | | | | | | |
| Reportes directos por vía telefónica. | | | | No aplica | No aplica | Artículo 1, 3, 73, 74, 75 y 76 de la Ley General de Protección Civil. Artículos 1.1, 1.2, 1.4, 6.1, 6.32, 6.33, 6.34, y 6.35 del Libro Sexto del Código Administrativo de Estado de México. Artículos 23 y 27 Fracción III de la Ley de Salud. | | | |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO | | 1.- Solicitud vía personal o telefónica 2.- Se atiende de inmediato la emergencia. | | | | | | | |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA | | 1 minuto | | | | | | | |
| COSTO: | | Gratuito | | | Fundamento Jurídico: No aplica | | | | |
| FORMA DE PAGO: | | EFFECTIVO | N/A | TARJETA DE CRÉDITO | N/A | TARJETA DE DÉBITO | N/A | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) | N/A |
| DÓNDE PODRA PAGARSE: | | No aplica | | | | | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | | No aplica | | | | | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE | | Se atiende el caso de emergencia, urgencia o desastres y valorando el tipo de gravedad se procede al traslado a la unidad médica más cercana. | | | | | | | |



| | |
|-----------------------------------|-----------|
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA | No aplica |
|-----------------------------------|-----------|

| | | | | |
|----------------------------|------------|------------------------------------|---|--------------------------------------|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | |
| Municipio Isidro Fabela | | Dirección de Protección Civil | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | C. Abel Rosas Peñaloza | | |
| DOMICILIO: | CALL E: | Avenida Constitución | NO. INT. Y EXT.: | 1 |
| COLONIA: | Laureles | MUNICIPIO: | Isidro Fabela, México | |
| C.P.: | 54483 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | De 9:00 a 18:00 horas de lunes a viernes. | |
| LADA: | TELEFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| 55 | 89946713 | No aplica | No aplica | proteccion.civil@isidrofabela.gob.mx |

OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO

| | | | | |
|-----------------------------------|------------|-----------------------------|------------------|---------------------|
| OFICINA: | No aplica | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | No aplica | | | |
| DOMICILIO: | CALL E: | No aplica | NO. INT. Y EXT.: | No aplica |
| COLONIA: | No aplica | MUNICIPIO: | No aplica | |
| C.P.: | No aplica | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | No aplica | |
| LADA: | TELEFONOS: | EXTS.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| No aplica | No aplica | No aplica | No aplica | No aplica |

| | |
|-------------------------|-----------|
| FORMATO(S) DESCARGABLES | No aplica |
|-------------------------|-----------|

INFORMACIÓN ADICIONAL

| | |
|-----------------------|---|
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | 1. ¿Tiene algún costo el servicio si se traslada a un Hospital Particular? |
| RESPUESTA: | No, el servicio es totalmente Gratuito. |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | 2. ¿Qué servicio requiere el Traslado en la ambulancia? |
| RESPUESTA: | Todo aquel que ponga en riesgo la vida, órgano o función del individuo. |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | 3. ¿A que instituciones de Salud realizan los traslados? |
| RESPUESTA: | Dependiendo al seguro de atención medica con el que cuente el derechohabiente |

TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS

| | |
|--|-----------|
| | No aplica |
|--|-----------|

| | | | | | |
|---|--|---|--|-------------------------|----------------|
| ELABORÓ: | | VISTO BUENO: | | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: | 23 / 01 / 2025 |
| Lic. Maria Guadalupe Rey Auxiliar Administrativa | | C. Abel Rosas Peñaloza Municipal de Protección Civil | | | |

