

# FICHA DE TRÁMITE O SERVICIO

" CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA."

Fecha de generación: 11/05/2025 13:34:33

## Acerca del trámite

### Acerca de

- Nombre: " CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA."
- Sujeto Obligado: SECRETARÍA DE SALUD
- Unidad Administrativa Responsable: SESA - DEPARTAMENTO DE HOSPITALES Y UNIDADES ESPECIALIZADAS
- Homoclave: HOSPI4
- Nombre del Trámite: " CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA."
- Señale si es trámite o servicio: Servicio
- Tipo de trámite o servicio: CONSULTA
- Categoría: No capturado
- Comunidad: Público en General
- ¿Quién puede solicitar el Trámite o Servicio? :
- Descripción Ciudadana:CONSULTA EXTERNA DE PRIMERA VEZ Ó SUBSECUENTE CON UN MÉDICO ESPECIALIS PEDIATRÍA Ó CIRUJANO PEDIATRA.
- Describa con lenguaje claro, sencillo y conciso los casos en que debe o puede realizarse el Trámite o Servicio "LUNES A VIERNES: TURNO MATUTINO DE LAS 08:00 A 14:00 HORAS. TURNO VESPERTINO DE LAS 14:00 A 19:30 HORAS. SÁBADOS Y DOMINGOS DE 08:00 A 17:30 HORAS.SEGÚN OTORGUE EL ESPECIALISTA CITA EN SU AGENDA Y LA CONFIRMARÁ EN EL ÁREA ARCHIVO."
- Describa los beneficios de Trámite o Servicio: .
- ¿Tiene Modalidades? : No

### Fundamento Jurídico

- Nombre del Fundamento Jurídico que da origen al trámite: LEY GENERAL DE SALUD: PREVENCIÓN Y CONTROL ENFERMEDADES Y ACCIDENTESArtículo/Fracción/Inciso/Párrafo/Número/Letra/Otro: LEY GENERAL DE SALUD PARA EL ESTADO DE TLAXCALA: ARTÍCULOS 157 Y 158, FRACCIONES DEL I AL XIII
- Nombre del Fundamento Jurídico que da origen al trámite: ENFERMEDADES TRANSMISIBLES ARTÍCULO 134. LA SECRETARÍA DE SALUD Y LOS GOBIERNOS DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, EN SUS RESPECTIVOS ÁMBITOS DE COMPETENCIA REALIZARÁN ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES - Artículo/Fracción/Inciso/Párrafo/Número/Letra/Otro:

### Estadísticas del Trámite

- Número de solicitudes realizadas (año anterior): 0
- Número de solicitudes aceptadas 2025: 0
- Número de solicitudes rechazadas 2025: 0

### Información Económica

- Sector al que va dirigido el trámite o servicio: Ciudadano

### Vigencia

- Medida de la vigencia: Inmediato
- ¿La resolución es requisito de otro trámite o servicio?: No

## Requisitos

### Formato

- ¿Este trámite o servicio puede o debe presentarse mediante formato?: Sí
- Nombre: CITA DE VALORACION DE PEDIATRIA
- Identificador del formato: TRAMITE DE CITA

### Requisitos

- Número de requisitos totales: 2
- Número de requisitos que son parte del formato: 0
- Número de requisitos que NO son parte del formato: 2

#### 1. CURP

Descripción: CURP

Presenta alguno de los siguientes documentos:

- CURP

Forma de presentación:

Para el cotejo del servidor público

---

#### 2. Hoja de referencia médica.

Descripción: PRESENTAR HOJA DE REFERENCIA ENVIADA DE CENTRO DE SALUD O CONSULTA EXTERNA GENER HOSPITAL, EN CASO DE SER LA PRIMERA VEZ

Presenta alguno de los siguientes documentos:

- Hoja de referencia médica.

Forma de presentación:

Para el cotejo del servidor público

---

### Casos o Supuesto

- ¿Es suficiente cumplir con la entrega de la totalidad de los requisitos, en tiempo y forma, para obtener una resolución favorable de este trámite o servicio?: Sí

- Señale la metodología para llevar a cabo la resolución del trámite o servicio: .

## Como o dónde realizarlo

### Canales de atención

- Presencial

#### Via Presencial

- ¿Es posible que se pueda agendar una cita de manera presencial?: No

- ¿Es posible agendar la cita en línea?: No

- Pasos que se tiene que seguir de manera presencial:

CONSULTA DE PRIMERA VEZ

\* SOLICITAR PREVIA CITA EN EL ÁREA DE ARCHIVO CLÍNICO.

\* IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA DE PREFERENCIA INE

\* C.U.R.P

\* HOJA DE REFERENCIA ENVIADA DE CENTRO DE SALUD Ó INTERCONSULTA DE LOS HOSPITALES, EN CASO DE PRIMERA VEZ

CONSULTA SUBSECUENTE

\* POSTERIOR CONSULTA DEBE SOLICITAR AGENDAR LA NUEVA EN EL TIEMPO QUE INDIQUE EL MEDICO TRATANTE

\* CARNET DE CITAS

#### Vía Internet

- ¿Existe una aplicación para presentar el trámite o servicio?: No

- Pasos que se tiene que seguir en la aplicación electrónica:

CONSULTA DE PRIMERA VEZ

\* SOLICITAR PREVIA CITA EN EL ÁREA DE ARCHIVO CLÍNICO.

\* IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA DE PREFERENCIA INE

\* C.U.R.P

\* HOJA DE REFERENCIA ENVIADA DE CENTRO DE SALUD Ó INTERCONSULTA DE LOS HOSPITALES, EN CASO DE PRIMERA VEZ

CONSULTA SUBSECUENTE

\* POSTERIOR CONSULTA DEBE SOLICITAR AGENDAR LA NUEVA EN EL TIEMPO QUE INDIQUE EL MEDICO TRATANTE

\* CARNET DE CITAS

- ¿Existe un sitio web para presentar el trámite o servicio?: No
- ¿Es posible realizar el trámite o servicio completamente en línea sin acudir a oficinas gubernamentales?: No
- ¿Es posible cargar o subir documentos en línea?: No
- ¿Se puede dar seguimiento? es decir, mostrar a los interesados el estatus en que se encuentra el trámite o servicio, ya sea que se encuentre en proceso de resolución, revisión, rechazado o resuelto: No
- ¿Se puede enviar y recibir información por medios electrónicos con los correspondientes acuses de recepción de datos y documentos?: No
- ¿La resolución o respuesta oficial es por Internet?: No
- ¿Utiliza firma electrónica avanzada?: No
- ¿Es posible realizar notificaciones en línea por información faltante?: No
- ¿Es posible realizar notificaciones sobre vencimiento de plazos de respuesta?: No
- ¿El trámite o servicio es de resolución inmediata?: No
- ¿Es posible realizar notificaciones sobre plazos de prevención?: No

### Vías Alternativas

- ¿Es posible presentar el trámite o servicio vía telefónica?: No
- ¿Es posible presentar el trámite o servicio vía mensajes de texto?: No
- ¿Es posible presentar el trámite o servicio en Kioscos u otras sedes alternativas?: No
- ¿Es posible presentar el trámite o servicio por otra vía?: No

## Responsables

### Contacto para atención, consulta y envío de información

#	Nombre	Rol	Correo
1	HOSPITAL GENERAL DE TLAXCALA	Contacto oficial	NA@tlaxcala.gob.mx

- ¿Se pueden realizar consultas sobre este trámite vía chat o en línea? No

### Oficinas de atención

Hospital general de Tlaxcala

Descripción del modulo:

Hospital general de Tlaxcala

Domicilio

Calle CALLE JARDIN. DE LA CORREGIDORA No. Exterior S/N, No. Interior S/N Col. , , , C.P.

Atención telefónica:

1234567890 , Ext. 123.

Correo electrónico:

Na@tlaxcala.gob.mx

Horario de Atención:

- de 08:00 a.m. a 17:00 p.m.

Notas

Centro

---

Hospital general de San Pablo del Monte

**Descripción del modulo:**

Hospital general de San Pablo del Monte

**Domicilio**

Calle CALLE VICENTENARIO ESQ. CON CAMINO VIEJO DE SAN JUAN, No. Exterior S/N, No. Interior S/N Col. , , , C.P.

**Atención telefónica:**

1234567890 , Ext. 123.

**Correo electrónico:**

NA@tlaxcala.gob.mx

**Horario de Atención:**

- de 08:00 a.m. a 17:00 p.m.

**Notas**

.

---

Hospital general de Calpulapan

**Descripción del modulo:**

Hospital general de Calpulapan

**Domicilio**

Calle CARRETERA MEXICO VERACURZ KM. 63 No. Exterior S/N, No. Interior S/N Col. , , , C.P.

**Atención telefónica:**

1234567890 , Ext. 123.

**Correo electrónico:**

NA@tlaxcala.gob.mx

**Horario de Atención:**

- de 08:00 a.m. a 17:00 p.m.

**Notas**

.

---

Hospital General Regional "Lic Emiliano Sánchez Piedras"

**Descripción del modulo:**

Hospital General Regional "Lic Emiliano Sánchez Piedras"

**Domicilio**

Calle CARRETERA A ANDRES AHUAHUAS No. Exterior S/N, No. Interior S/N Col. , , , C.P.

**Atención telefónica:**

1234567890 , Ext. 123.

**Correo electrónico:**

NA@tlaxcala.gob.mx

**Horario de Atención:**

- de 08:00 a.m. a 17:00 p.m.

**Notas**

.

## Denuncia

### Costo

- Mínimo de unidad: 0.00
- Máximo de unidad: 0.00
- Monto (\$) Mínimo \$
- Monto (\$) Máximo \$

**Medios disponibles de pago**

- ¿El(Los) formato(s) se puede enviar electrónicamente?: No
- Banco comercial: No
- En línea: No
- Comercios: No
- Otro: No

### Plazos

#### Plazo de resolución

- Medida del plazo: Inmediato
- Tipo de Ficta: No Aplica

**Fundamento Jurídico**

- Fundamento Jurídico del Plazo de Resolución . - Artículo/Fracción/Inciso/Párrafo/Número/Letra/Otro: .

#### Prevención de autoridad

- Medida del plazo: Inmediato

**Fundamento Jurídico**

- Fundamento Jurídico del Plazo de Prevención . - Artículo/Fracción/Inciso/Párrafo/Número/Letra/Otro .

#### Respuesta a prevención

- Medida del plazo: Inmediato

### Inspeccion Y Verificaciones

- ¿Este trámite o servicio requiere inspección, verificación o visita domiciliaria?: No

### Información Adicional

- ¿Este trámite o servicio requiere conservar información para fines de acreditación, inspección y verificación con motivo del trámite o

servicio?: No