



## REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

|   |   |   |  |               |  |   |  |  |  |
|---|---|---|--|---------------|--|---|--|--|--|
| NOMBRE:   |   | TRÁMITE:  | SERVICIO: <input checked="" type="checkbox"/>  |               |  |   |  |  |  |
| <b>NEUROFEEDBACK</b>  |   |   |  |               |  |   |  |  |  |
| DESCRIPCIÓN:  |   | Código de la Cédula   |  |               |  |   |  |  |  |
| <p><b>EL NEUROFEEDBACK SE BASA EN EL REGISTRO Y ANÁLISIS AUTOMÁTICO DE LA ACTIVIDAD ELÉCTRICA DEL CEREBRO, FUNCIONA COMO UNA ESPECIE DE ESPEJO; UTILIZANDO LA SEÑAL DE RETROALIMENTACIÓN Y CON ESTO APRENDEMOS A OPTIMIZAR LOS PROCESOS EJECUTIVOS.</b></p>   |   |   |  |               |  |   |  |  |  |
| FUNDAMENTO LEGAL:   | <p><b>LEY GENERAL DE SALUD</b>, TÍTULO NOVENO, ASISTENCIA SOCIAL, PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. ART. 67 ARTICULO 168, FRACCIÓN I Y II; ARTÍCULOS DEL 172 AL 180 DOF 14-04-22</p> <p><b>LEY DE ASISTENCIA SOCIAL</b>. CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES; ARTÍCULO 3, CAPÍTULO II. SUJETOS DE LA ASISTENCIA SOCIAL; ARTÍCULO 4 DOF 11-05-2022.</p> <p><b>LEY GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL</b>. DE LOS DERECHOS Y LAS OBLIGACIONES DE LOS SUJETOS DEL DESARROLLO SOCIAL ARTÍCULO 8, ARTÍCULO 10. DOF 11-05-2022.</p> <p><b>LEY GENERAL PARA LA INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD</b>. ARTÍCULO 2, ARTÍCULO 4, PÁRRAFO I Y ARTÍCULO 5</p> |   |  |               |  |   |  |  |  |
| DOCUMENTO A OBTENER:  | SE OBTIENE UNA LECTURA DE ONDAS CEREBELARES DE SUS ULTIMAS 4 SESIONES, INFORME PSICOLÓGICO O RECETA MÉDICA.   | VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:   | MES Y MEDIO  |               |  |   |  |  |  |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?:  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">SÍ</td> <td style="width: 20px;">NO</td> <td style="width: 100px;">DIRECCIÓN WEB</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> </tr> </table>   | SÍ  | NO   | DIRECCIÓN WEB |  | X |  |  |  |
| SÍ  | NO  | DIRECCIÓN WEB   |  |               |  |   |  |  |  |
|   | X   |   |  |               |  |   |  |  |  |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:  | N/A   |   |  |               |  |   |  |  |  |
| ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA   | TODOS LOS CASOS DEBEN ESTAR SUJETOS A LA REVISIÓN DE ONDAS CEREBRALES (THETA, HIBETA Y LOBETA) SEGÚN EL NUMERO DE SESIONES INDICADO POR EL MEDICO NEURORREHABILITADOR   |   |  |               |  |   |  |  |  |
| REQUISITOS:   | ORIGINAL<br>anotar la palabra<br>SI o NO  | COPIAS anotar<br>con número la<br>cantidad de<br>copias   | FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO.  |               |  |   |  |  |  |
| <b>PERSONAS FÍSICAS</b>   |   |   |  |               |  |   |  |  |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. PRESENTAR ELECTROENCEFALOGRAMA NO MAYOR A UN MES O MAPEO CEREBRAL.</li> <li>2. PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ INE DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR</li> <li>➤ COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO</li> <li>➤ COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO</li> </ul> </li> </ol> | SI<br><br>NO  | SI<br> <br> <br> <br>   | NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.  |               |  |   |  |  |  |
| <b>PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS</b>   |   |   |  |               |  |   |  |  |  |
| N/A   | N/A   | N/A   | N/A  |               |  |   |  |  |  |
| <b>INSTITUCIONES PÚBLICAS</b>   |   |   |  |               |  |   |  |  |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. PRESENTAR SOLICITUD DE ATENCIÓN EN EL ÁREA DE NEUROFEEDBACK POR ESCRITO, EN FORMA PERSONAL.</li> <li>2. OFICIO CON PAPELERÍA OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN PÚBLICA</li> </ol>   | SI<br>SI<br><br>SI  | <br> <br><br>   | DEBERÁ SER ACORDE A LA REGLAMENTACIÓN QUE RIGE SU ACTUACIÓN PARA LLEVAR A CABO EL PROCEDIMIENTO DE EXPEDICIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO QUE PRESTA LA DEPENDENCIA DE GOBIERNO |               |  |   |  |  |  |
| IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE  |   |   |  |               |  |   |  |  |  |
| PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO  | PAGAR Y AGENDAR AL PACIENTE PARA EL SERVICIO SOLICITADO   |   |  |               |  |   |  |  |  |
| PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA   | EN CUATRO MESES SE BRINDARÁ LA ATENCIÓN AL PACIENTE, ESTO POR LA AMPLIA LISTA DE ESPERA CON LA QUE CUENTA EL SERVICIO DE NEUROFEEDBACK  |   |  |               |  |   |  |  |  |
| COSTO:  | \$ 150.00   | Fundamento Jurídico ARTICULO 4 DE LA LEY QUE CREA LOS ORGANISMOS PUBLICOS DESCENTRALIZADOS DE ASISTENCIA SOCIAL, DE CARÁCTER MUNICIPAL DENOMINADOS "SISTEMAS MUNICIPALES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA" |  |               |  |   |  |  |  |



|                                     |   |   |                    |                   |                            |
|-------------------------------------|---|---|--------------------|-------------------|----------------------------|
| FORMA DE PAGO:                      | EFFECTIVO   | X | TARJETA DE CRÉDITO | TARJETA DE DÉBITO | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE:                | ÚNICAMENTE EN CAJA EN LA UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL   |   |                    |                   |                            |
| OTRAS ALTERNATIVAS:                 | NINGUNA POR EL MOMENTO, A MENOS QUE SEA CONDONADO EL PACIENTE.  |   |                    |                   |                            |
| CRITERIOS DE RESOLUCION DEL TRAMITE | DEPENDIENDO DEL DIAGNÓSTICO ESTABLECIDO POR LA MEDICO NEURORREHABILITADORA SE DETERMINARÁ SI ES APTO O NO PARA EL TRATAMIENTO |   |                    |                   |                            |
| APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA   | N/A   |   |                    |                   |                            |

|  |                             |   |        |   |                              |     |  |
|--|-----------------------------|---|--------|---|------------------------------|-----|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO:   |                             |   |        | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:                      |                              |     |  |
| SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESRROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE ZUMPANGO |                             |   |        | UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL II |                              |     |  |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA:   |                             | GABRIELA GAMBOA MONROY  |        |   |                              |     |  |
| DOMICILIO:   | CALLE:                      | AV FEDERICO GOMEZ   |        |   | NO. INT. Y EXT.:             | S/N |  |
| COLONIA:   | BARRIO SANTIAGO 2DA SECCION |   |        | MUNICIPIO:  | ZUMPANGO                     |     |  |
| C.P.:  | 55600                       | HORARIO Y DIAS DE ATENCION:   |        | LUNES A VIERNES 08:00 A 14:00 SABADOS DE 9:00 A 13:00   |                              |     |  |
| LADA:  | TELÉFONOS:                  |   | EXTS.: | FAX:  | CORREO ELECTRÓNICO:          |     |  |
| 591  | 91 71912                    |   | N/A    | N/A   | direccion@difzumpango.gob.mx |     |  |
| <b>OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO</b>                          |                             |   |        |   |                              |     |  |
| OFICINA:   |                             | UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL II   |        |   |                              |     |  |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:                                      |                             | LIC. MACRINA DELGADO LUNA   |        |   |                              |     |  |
| DOMICILIO:   | CALLE:                      | AMATITLÁN MZ 037  |        |   | NO. INT. Y EXT.:             | S/N |  |
| COLONIA:   | PASEOS DEL LAGO II          |   |        | MUNICIPIO:  | ZUMPANGO                     |     |  |
| C.P.:  | 55607                       | HORARIO Y DIAS DE ATENCION:   |        | LUNES A VIERNES 08:00 A 14:00 SABADOS DE 9:00 A 13:00   |                              |     |  |
| LADA:  | TELÉFONOS:                  |   | EXTS.: | FAX:  | CORREO ELECTRÓNICO:          |     |  |
| N/A  | N/A                         |   | N/A    | N/A   | direccion@difzumpango.gob.mx |     |  |
| FORMATO(S) DESCARGABLES  |                             | N/A   |        |   |                              |     |  |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>   |                             |   |        |   |                              |     |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 1:  |                             | <b>¿QUÉ ES EL NEUROFEEDBACK?</b>  |        |   |                              |     |  |
| RESPUESTA:   |                             | EL NEUROFEEDBACK SE BASA EN EL REGISTRO Y ANÁLISIS AUTOMÁTICO DE LA ACTIVIDAD ELÉCTRICA DEL CEREBRO, FUNCIONA COMO UNA ESPECIE DE ESPEJO; UTILIZANDO LA SEÑAL DE RETROALIMENTACIÓN Y CON ESTO APRENDEMOS A OPTIMIZAR LOS PROCESOS EJECUTIVOS. |        |   |                              |     |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 2:  |                             | <b>¿EL NEUROFEEDBACK QUÉ CURA?</b>  |        |   |                              |     |  |
| RESPUESTA:   |                             | TRATA PROBLEMAS DE DESRREGULARISACIÓN CEREBRAL, COMO TDAH, AUTISMO, TRASTORNOS DEL SUEÑO, ALTERACIONES EMOCIONALES, ENTRE OTROS   |        |   |                              |     |  |
| PREGUNTA FRECUENTE 3:  |                             | <b>¿CÓMO ME AYUDA EL NEUROFEEDBACK?</b>   |        |   |                              |     |  |
| RESPUESTA:   |                             | MEJORA LA ATENCIÓN, ORGANIZACIÓN, PLANIFICACIÓN, Y LA MEMORIA. AUMENTA EL ESTADO DE NIÑO, MEJORA LA RESISTENCIA AL ESTRÉS Y DISMINUYE LA ANSIEDAD. MEJORA LOS IMPULSOS Y LA IRA   |        |   |                              |     |  |
| <b>TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS</b>                               |                             |   |        |   |                              |     |  |

|                              |  |                        |  |                         |                     |
|------------------------------|--|------------------------|--|-------------------------|---------------------|
| ELABORÓ:                     |  | VISTO BUENO:           |  | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: | 06 / FEBRERO / 2024 |
| ERIC URIEL CONTRERAS SANCHEZ |  | GABRIELA GAMBOA MONROY |  |                         |                     |

