

## SERVICIO

### TERAPIA DE LENGUAJE

*"En congruencia con lo establecido en la Ley Nacional para Eliminar Trámites Burocráticos, se expide el siguiente formato"*

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO | Servicio mediante el cual el Ayuntamiento proporciona atención especializada en terapia de lenguaje, orientada a la evaluación, intervención y seguimiento de alteraciones en la comunicación, el habla, el lenguaje y la deglución, con el propósito de favorecer el desarrollo comunicativo y funcional de los usuarios. |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| HOMOCLAVE O CLAVE | ACA-UBR-TDL-085 |
|-------------------|-----------------|

### FUNDAMENTO JURÍDICO Y REGLAMENTARIO

- Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (derecho a la protección de la salud).
- Artículo 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley de Salud para el Estado de Hidalgo.
- Ley Orgánica Municipal para el Estado de Hidalgo.

|                                              |                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CASOS EN LOS QUE EL SERVICIO DEBE REALIZARSE | Cuando la población del municipio presente dificultades en el habla, lenguaje, comunicación o deglución, y solicite atención, conforme a la capacidad operativa del área responsable. |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                          |            |
|------------------------------------------|------------|
| TIPO DE SERVICIO CIUDADANO / EMPRESARIAL | Ciudadano. |
|------------------------------------------|------------|

### TIPO DE SOLICITUD DEL SERVICIO

ESCRITO LIBRE ( N/A )

FORMATO TIPO ( N/A )

### INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN

|                                  |                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETIVO                         | Realizar una valoración inicial del lenguaje y la comunicación del usuario, a fin de identificar necesidades terapéuticas y definir el plan de intervención correspondiente. |
| CONTACTO INSPECTOR / VERIFICADOR | Personal adscrito a la Dirección de la Unidad Básica de Rehabilitación del Ayuntamiento, debidamente acreditado.                                                             |
| HORARIOS DE ATENCIÓN             | Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.<br>Sábado de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.                                                                                                  |

| DOCUMENTACIÓN REQUERIDA                                         | ORIGINAL | COPIA |
|-----------------------------------------------------------------|----------|-------|
| <b>DOCUMENTACIÓN REQUERIDA DE ACUERDO AL SERVICIO, EJEMPLO:</b> |          |       |
| Tarjetón o Valoración Médica                                    | X        |       |

|                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| <b>NÚMERO DE COPIAS</b> | 1 Copia por documento. |
|-------------------------|------------------------|

|                                                                   |                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PLAZO MÁXIMO DEL SUJETO OBLIGADO PARA RESOLVER EL SERVICIO</b> | Atención el mismo día, conforme a la programación y disponibilidad de agenda de la Unidad Básica de Rehabilitación. |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| COSTO, ÁREA DE PAGO Y FUNDAMENTO JURIDICO DEL COBRO | MONTO Y FUNDAMENTO DE LA CARGA TRIBUTARIA                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                     | <p>\$38.90</p> <p>El pago se realiza en el área de recepción.</p> <p>Fundamento legal del cobro: La Ley de Ingresos del Municipio de Acatlán, Hidalgo, para el ejercicio fiscal 2026.</p> |

|                                        |               |
|----------------------------------------|---------------|
| <b>VIGENCIA DEL SERVICIO A OBTENER</b> | Por consulta. |
|----------------------------------------|---------------|

| DIRECCIÓN RESPONSABLE | DIRECCIÓN Y UNIDADES ADMINISTRATIVAS          |
|-----------------------|-----------------------------------------------|
|                       | Dirección de Unidad Básica de Rehabilitación. |

|                                        |                                                                                                                    |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>HORARIOS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO</b> | <p>Horarios de atención</p> <p>Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.</p> <p>Sábado de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.</p> |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| CRITERIOS A LOS QUE DEBE SUJETARSE LA DEPENDENCIA PARA LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O PRESTACIÓN DEL SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>DESCRIPCIÓN BREVE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilidad de personal especializado en terapia de lenguaje.</li> <li>Prioridad conforme a la edad del usuario y el grado de afectación.</li> <li>Capacidad operativa del área de rehabilitación.</li> <li>Cumplimiento de la normatividad en materia de salud y rehabilitación.</li> </ul> |

| LUGAR DONDE SE REALIZA EL SERVICIO       |                                                                         |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO</b>       | Psicopedagoga Yazmin Escalona Guzmán                                    |
| <b>DIRECCIÓN</b>                         | Unidad Básica de Rehabilitación                                         |
| <b>DOMICILIO</b>                         | Calle: Hidalgo s/n, Col: Centro, C.P. 43540, Acatlán, Estado de Hidalgo |
| <b>NUMERO TELEFONICO</b>                 | 7757422236                                                              |
| <b>CORREO ELECTRONICO</b>                | <a href="mailto:acatlanubr@gmail.com">acatlanubr@gmail.com</a>          |
| <b>CONTACTO PARA DUDAS Y SUGERENCIAS</b> | <a href="mailto:acatlanubr@gmail.com">acatlanubr@gmail.com</a>          |

