

|  |   |
|--|---|
| <b>Nombre del trámite o servicio:</b><br><i>SOLICITUD DE ESTUDIO DE TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA</i> |   |
| <b>Clave:</b>  |   |
| <b>Dependencia u organismo responsable del trámite o servicio. Datos de contacto para consulta.</b>    | Hospital del Niño y el Adolescente Morelense.<br>Av. de la Salud #1 (antes camino viejo a Temixco). Col. Benito Juárez.<br>Municipio de Emiliano Zapata, Morelos. CP. 62765<br>Tel. 362 11 70<br>Correo-e: <a href="mailto:hospital@hnm.org.mx">hospital@hnm.org.mx</a> |
| <b>Unidad administrativa y servidor público responsable del trámite o servicio.</b>                    | Director de Unidad de Servicios Auxiliares y de Diagnóstico<br>Correo-e: <a href="mailto:radiologia@hnm.org.mx">radiologia@hnm.org.mx</a><br>Tel. 362 11 70 Ext. 4590 y 7200  |
| <b>¿En qué otras oficinas se pueden efectuar el trámite o servicio?</b>                                | Ninguna   |
| <b>¿Quién presenta el trámite y en qué casos?</b>  | Padre o tutor del paciente que reciba una orden de Tomografía por un médico del Hospital del Niño Morelense.  |
| <b>Medio de presentación del trámite o servicio.</b>   | Se presenta el Padre o tutor del paciente con la orden de estudios de Tomografía de un médico pediatra del Hospital del Niño Morelense.   |
| <b>Horario de Atención a la ciudadanía.</b>  | Lunes a Viernes de 8:00 a 15:00.<br>Lunes a Domingo las 24 Hrs. si se requiere el estudio de manera urgente.  |
| <b>¿Plazo máximo de resolución?</b>  | El mismo día se le entrega la cita para el día y la hora en que se realizará el Estudio.  |
| <b>Vigencia.</b>   | No aplica.  |
| <b>Ante el silencio de la autoridad aplica</b>   | Afirmativa ficta.   |

| <b>Documentos que se requieren</b> |  |          |       |
|------------------------------------|--|----------|-------|
| No.                                |  | Original | Copia |
| 1                                  | Orden de Estudio de Tomografía del médico tratante en el HNM           | 1        |       |
| 2                                  | Consentimiento informado, con la firma del padre o tutor del paciente. | 1        |       |

| <i>Costo y forma de determinar el monto:</i>   | <i>Área de pago:</i>   |
|--|--|
| <p>Dependiendo el estudio realizado y la clasificación socioeconómica del paciente, Ver Archivo Anexo en formato Adobe PDF:</p> <p><b><i>COSTOS_RETYS_Tomografia.pdf</i></b></p>   | <p>Caja de Consulta Externa del Hospital del Niño Morelense.</p> |
| <i>Observaciones Adicionales:</i>  |  |
| <p>El Hospital del Niño Morelense considera una solicitud formal en el momento en que el interesado haya realizado su pago en cualquiera de las cajas y presente su recibo de Pago del Hospital con el detalle de (1) (los) estudio(s) a realizarse en el Servicio.</p> <p>El costo dependerá del estudio socioeconómico y será aplicado bajo excepción según el reglamento para la determinación, aplicación y registro de las cuotas de recuperación por el organismo Descentralizado denominado Hospital del Niño Morelense, capítulo tercero artículo 8.</p> <p>Antes del estudio, el médico ofrecerá al padre o tutor del menor una explicación minuciosa del procedimiento que se empleará y sus posibles riesgos. Se le pedirá que firme un formulario de consentimiento informado que indica claramente que el interesado entiende los riesgos y beneficios del estudio.</p> |  |

### ***CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.***

Existe una agenda con la programación de estudios, de la cual dependerá la fecha de realización.

### ***FUNDAMENTO JURÍDICO DEL TRÁMITE O SERVICIO, DE LOS REQUISITOS Y DEL COSTO.***

- Ley de Creación del Organismo Público denominado Hospital del Niño Morelense Artículo 2º, Fracción III y Artículo 4º, Fracción I.
- Reglamento para la Determinación, Aplicación y Registro de Cuotas de Recuperación por el Organismo en el Capítulo 3º, Artículos 7 y 8, publicado en el Periódico Oficial “Tierra y Libertad” número 4454 de fecha 26 de abril de 2006.
- Procedimiento de realización de estudios radiológicos.
- Manual de Políticas de Radiología e Imagen.

### ***QUEJAS EN EL SERVICIO Y ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA.***

- Coordinación de Área de Planeación y Calidad.  
Correo-e: [hospital@hnm.org.mx](mailto:hospital@hnm.org.mx)  
Tel. 362 11 70 Ext. 2470
- Comisaría Pública del Hospital del Niño y el Adolescente Morelense.  
Tel. 362 11 70 Ext. 4310 y 4320
- Contraloría del Estado de Morelos  
Correo-e: [contraloria@morelos.gob.mx](mailto:contraloria@morelos.gob.mx)

### ***NOTA IMPORTANTE:***

- De conformidad con el artículo 44 de la Ley de Mejora Regulatoria para el Estado de Morelos, la presente información fue inscrita en el Registro Estatal de Trámites y Servicios, por ello ningún servidor público está facultado para exigir requisitos, documentos, información adicional o pagos distintos a los indicados en el presente formato. En caso contrario por favor repórtelo en la dirección y/o teléfonos indicados en el apartado de “Quejas” o bien al correo electrónico [cemer@morelos.gob.mx](mailto:cemer@morelos.gob.mx)
- De conformidad con el artículo 45 de la Ley de Mejora Regulatoria para el Estado de Morelos, la información contenida en el Registro es responsabilidad exclusiva de la Dependencia o Entidad.