

Descripción del Trámite		Dirigido a:	
<ul style="list-style-type: none"> * DE ACUERDO A LA CONSULTA SOLICITADA SE ATIENDE AL PACIENTE Y SE PROMUEVE LA PREVENCION Y EDUCACION PARA LA SALUD. * MEDICINA GENERAL * DETECCION DE CANCER CERVICOUTERINO * DETECCION DE CANCER DE MAMA * DETECCION DE HIPERTENCION * DETECCION DE OBESIDAD Y SOBREPESO * DETECCION DE DIABETES * DETECCION DE TRIGLICERIDOS Y COLESTEROL * CONSULTA MEDICA * CONSULTA PREVENTIVA 		<p>POBLACIÓN ABIERTA DE LOS COLONIAS URBANAS MARGINADAS, QUE NO CUENTA CON PRESTACIONES SOCIALES.</p>	
Requisitos:		Tiempo de Respuesta	
<ul style="list-style-type: none"> * CONSULTA POR PETICIÓN VERBAL * ACREDITAR SU RESIDENCIA EN EL MUNICIPIO DE COLIMA 		<p>INMEDIATA</p>	
		<p>SIN COSTO</p>	
		<p>SIN COSTO</p>	
		<p>Lugar dónde pagar:</p>	
		<p>SIN COSTO</p>	
Documento que se emite:		Horario de atención	
<ul style="list-style-type: none"> * RECETA MEDICA 2000-RG-AM-02 * HOJA DIARIA DEL MEDICO 2000-RG-AM-01 * FORMATO A-21 SSA CÁNCER DE MAMA FORMATO F-1 SSA CITOLOGÍA VAGINAL 		<p>LUNES A VIERNES DE 15:00 A 20:00 HRS</p> <p>PRIMERA SEMANA DEL MES</p> <p>LUNES A VIERNES DE 08:30 A 15:00 HRS.</p> <p>2 da. 3ra. 4ta. SEMANA DEL MES</p>	
Vigencia del documento:			
<p>3 AÑOS</p>			

Dependencia Responsable:	Lugar dónde realizar el trámite:
DIF MUNICIPAL COLIMA	EN LAS DISTINTAS COLONIAS O COMUNIDADES DEL MUNICIPIO EN QUE SE ENCUENTRE LA UNIDAD MEDICA MÓVIL PREVIA PROGRAMACIÓN

Observaciones: