


**Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California**

| NOMBRE OFICIAL DEL TRÁMITE O SERVICIO  | NOMBRE CIUDADANO DEL TRÁMITE O SERVICIO   |
|--|---|
| Resumen Clínico  | Resumen Clínico   |
| ORGANISMO  | HOMOCLAVE   |
| Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California   | BC-IPEBC-003  |
| DESCRIPCIÓN  | TIPO TYS  |
| Elaboración de resumen clínico informando sobre el tratamiento de un paciente que recibe alguno(s) de los servicios del IPEBC. | Trámite   |
|  | ¿CUANDO DEBO DE REALIZARLO?   |
|  | Cuando se requiera un documento oficial que certifique el padecimiento que presenta el paciente a solicitud de un trámite en particular |
| ¿QUÉ OBTIENE?  | ¿QUIÉN PUEDE REALIZARLO?  |
| Documento Oficial  | Representante Legal<br>Interesado<br>Tutor  |
| TIPO COSTO   | VIGENCIA  |
| Fijo   |   |
| COSTO  | PLAZOS  |
| \$100.00 pesos   | Tiempo que tiene el organismo para resolver :7 Días Hábiles   |
| LUGARES DE PAGO  |   |
| Misma Dependencia  |   |
| TIENE DOCUMENTOS INFORMATIVOS  | CANTIDAD DE DOCUMENTOS INFORMATIVOS   |
| NO   | 0   |
| AFIRMATIVA FICTA   | REQUIERE VISITA DE INSPECCIÓN   |
| NO   | NO  |

**OFICINAS DONDE SE PUEDE REALIZAR**

| DIRECCION  | TELÉFONOS | RESPONSABLES   | DÍA SEMANA | HORARIO       |
|--|-----------|--|------------|---------------|
| <b>Dirección Médica -<br/>Onceava, Mexicali ,<br/>1753, Mexicali 21396</b> |           | Doctora Sarahí García Flores<br>Directora Médica<br>direccionmedica@ipebc.gob.mx<br>686 561 0315 | Lunes      | 07:00 A 14:00 |
|  |           |  | Martes     | 07:00 A 14:00 |
|  |           |  | Miércoles  | 07:00 A 14:00 |
|  |           |  | Jueves     | 07:00 A 14:00 |
|  |           |  | Viernes    | 07:00 A 14:00 |

**FUNDAMENTOS**

Decreto de Creación del IPEBC, ART.Artículos 2 y 4, Estatal

Ley de Salud para el Estado de Baja California , ART.Artículo 4, Fracción IV, Artículos 29 y 30, Estatal

Reglamento Interno del IPEBC, ART.Artículo 25, Estatal

**ESCENARIOS****Persona Solicitante****REQUISITOS INTANGIBLES****REQUISITOS TANGIBLES****TIENE FORMATO**

|   |    |
|---|----|
| Identificación oficial (INE, pasaporte mexicano, licencia de conducir, cartilla militar) original y copia | NO |
| Realizar pago correspondiente en el área de cajas   | NO |

**PASOS POR MODALIDAD****Presencial**

- ° Presentar escrito solicitando el trámite en Dirección Médica
- ° Presentar Identificación Oficial del Interesado o Tutor. (Original y Copia)
- ° Realizar el pago correspondiente en caja
- ° Recoger resúmen en la fecha indicada