



H. AYUNTAMIENTO DE LOS CABOS, B.C.S.  
SECRETARÍA GENERAL MUNICIPAL  
DIRECCIÓN MUNICIPAL DE PROTECCIÓN CIVIL



## SOLICITUD TRASLADOS PROGRAMADOS

SAN JOSÉ DEL CABO, B.C.S., A \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL 202\_\_

DIRECTOR(A) MUNICIPAL DE PROTECCION CIVIL  
DEL H. AYUNTAMIENTO DE LOS CABOS, BAJA CALIFORNIA SUR.  
PRESENTE.

El (la) suscrito(a): \_\_\_\_\_

con domicilio en: \_\_\_\_\_

número telefónico: \_\_\_\_\_.

Por medio del presente escrito, solicito su apoyo para el TRASLADO del paciente:

\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_, motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha(s) \_\_\_\_\_

Hora de salida: \_\_\_\_\_, se traslada a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Se adjunta copias de identificación oficial del paciente y diagnóstico médico.

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA

Teléfonos:  
624-142-0067 (Área administrativa)  
624-142-3748 (Área operativa)

*Prolongación 5 de mayo, colonia 8 de octubre*  
San José del Cabo, B.C.S.  
C.P. 23406

Correos Electrónicos:  
proteccioncivil@loscabos.gob.mx



H. AYUNTAMIENTO DE LOS CABOS, B.C.S.  
SECRETARÍA GENERAL MUNICIPAL  
DIRECCIÓN MUNICIPAL DE PROTECCIÓN CIVIL



## SERVICIOS

### NOMBRE DEL SERVICIO:

TRASLADOS PROGRAMADOS

### DESCRIPCIÓN

BRINDAR APOYO CON UNA UNIDAD MÉDICA, GARANTIZANDO LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS ASISTENCIALES DEL PACIENTE, QUE POR SU DIAGNÓSTICO MÉDICO REQUIEREN SER TRASLADADOS A UNA INSTITUCIÓN MÉDICA.

### UNIDAD DONDE SE EFECTÚA LA GESTIÓN:

DIRECCIÓN MUNICIPAL DE PROTECCIÓN CIVIL

### DOMICILIO Y TELÉFONO

CALLE PROLONGACION 5 DE MAYO, COL 8 DE OCTUBRE,  
SAN JOSE DEL CABO, B.C.S.  
TEL. 624 1420067 ADMINISTRATIVO

### USUARIO:

POBLACIÓN EN GENERAL

### TIEMPO DE RESPUESTA:

3 DIAS HÁBILES

### DÍAS Y HORARIO DE ATENCIÓN:

DE LUNES A VIERNES DE  
08:00 A 15:00 HORAS

### REQUISITOS Y DOCUMENTOS:

SOLICITUD DE TRASLADO PROGRAMADOS, ADJUNTANDO IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL PACIENTE Y DIAGNÓSTICO MÉDICO.

### PROCEDIMIENTO

1. RECEPCIÓN DE SOLICITUD EN OFICIALÍA DE PARTES.
2. SE CANALIZA A LA COORDINACIÓN OPERATIVA.
3. SE AGENDA(N) EL (LOS) TRASLADO(S), COMISIONANDO A LA GUARDIA OPERATIVA EN TURNO.
4. EL DÍA DEL TRASLADO SE PRESENTA PERSONAL ASIGNADO AL DOMICILIO DEL PACIENTE.
5. SE LLEVA A CABO EL TRASLADO A LA INSTITUCIÓN SEÑALADA.
6. EN CASO QUE SE REQUIERA, SE ESPERA AL PACIENTE PARA EL RETORNO A SU DOMICILIO.
7. AL FINALIZAR SE TRASLADA LA UNIDAD MÉDICA A LA DIRECCIÓN MUNICIPAL DE PROTECCIÓN CIVIL.

### FUNDAMENTO LEGAL

LEY GENERAL DE PROTECCIÓN CIVIL  
LEY DE PROTECCIÓN CIVIL Y GESTIÓN DE RIESGO PARA EL ESTADO Y MUNICIPIOS DE BAJA CALIFORNIA SUR  
REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN CIVIL  
REGLAMENTO DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA MUNICIPAL DE LOS CABOS, B.C.S.  
REGLAMENTO MUNICIPAL DE PROTECCIÓN CIVIL LOS CABOS BAJA CALIFORNIA SUR

Teléfonos:  
624-142-0067 (Área administrativa)  
624-142-3748 (Área operativa)

*Prolongación 5 de mayo, colonia 8 de octubre*  
San José del Cabo, B.C.S.  
C.P. 23406

Correos Electrónicos:  
proteccioncivil@loscabos.gob.mx