



**SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA**

**DIRECCIÓN DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE
PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

**MANUAL NORMATIVO Y DE
ORGANIZACIÓN DE LAS UNIDADES
BÁSICAS DE REHABILITACIÓN DE
SAN LUIS POTOSÍ**

**CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN
ESPECIAL**

Revisión

Noviembre 2003

**MANUAL NORMATIVO Y DE ORGANIZACIÓN DE LAS
UNIDADES BÁSICAS DE REHABILITACIÓN DE
SAN LUIS POTOSÍ**

RESPONSABLES DEL MANUAL

AUTORIZO

**LIC. JOSÉ IGNACIO PORTILLO RENDÓN
DIRECTOR DE INTEGRACIÓN SOCIAL
DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

ELABORO


**DRA. SUSANA PEÑA MARTÍNEZ
COORDINADORA GENERAL**


**DRA. MA. DEL CARMEN MIRANDA RUIZ
COORDINADORA DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO**


**DRA. SARA DÍAZ ZAMBRANO
COORDINADORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

NOVIEMBRE 2003

CONTENIDO DEL MANUAL NORMATIVO Y DE ORGANIZACIÓN DE LAS UNIDADES BÁSICAS DE REHABILITACIÓN

1. Introducción
2. Antecedentes
3. Objetivo
 - Alcance
4. Marco Jurídico
5. Líneas Estratégicas de Acción
6. Lineamientos Generales
 - Dirección de Integración Social de Personas con Discapacidad
 - Centro de Rehabilitación y Educación Especial
 - Sistema Municipal DIF
7. Normas
 - Derechos y obligaciones de los pacientes
8. Funciones Generales de U.B.R.
9. Procedimiento para el cobro de Cuotas de Recuperación
10. Proceso de elaboración del Expediente Clínico
11. Estructura Orgánica
12. Perfiles de puesto
 - Responsable de UBR
 - Trabajador(a) Social
 - Licenciado en Terapia Física, Técnico en Terapia Física o Auxiliar en Terapia Física
 - Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación
 - Psicólogo(a) Clínico
 - Lic. en Terapia de Lenguaje o Auxiliar de Terapia de Lenguaje
13. Proceso de reporte mensual de productividad
 - Programación de metas
14. Control y Seguimiento
15. Proceso de entrega-recepción
16. Anexos

1. INTRODUCCIÓN

Los servicios de rehabilitación forman parte fundamental de una amplia estrategia nacional que articula y coordina las acciones intersectoriales e interinstitucionales que promueven el bienestar de la comunidad en las familias, así como los cambios en la actitud de las personas acerca de la discapacidad y la integración a la sociedad.

Las **Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR)** son establecimientos que proporcionan servicios de primer nivel de atención de rehabilitación, servicios de promoción de la salud, prevención de discapacidad, rehabilitación simple y de referencia y contrarreferencia de personas con discapacidad. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF Nacional) establece los modelos y requisitos de UBR y es el encargado de proporcionar los apoyos económicos para la adquisición del equipo y mobiliario inicial de las UBR. El Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia de S. L. P. (DIF Estatal) promueve su instalación y funcionamiento a través del Centro de Rehabilitación y Educación Especial, con la participación de los Sistemas Municipales, la familia y la comunidad.

El presente manual se elabora para asentar las bases de la organización y funcionamiento de las Unidades Básicas de Rehabilitación en el estado de San Luis Potosí, para que sirva de guía y consulta en las administraciones municipales. Será aplicado en todas las Unidades Básicas y Centros de Rehabilitación Integral dependientes del Sistema Estatal y Sistemas Municipales DIF.

Este documento presenta los antecedentes históricos de las Unidades Básicas de Rehabilitación, el marco jurídico en el que sustenta su funcionamiento, el objetivo que tiene encomendado y la descripción de las funciones que se deben realizar para alcanzarlas.

Además el manual unificará los criterios de operación de las Unidades Básicas de Rehabilitación para optimizar la prestación de servicios.

2. ANTECEDENTES

En 1987 con la finalidad de extender la cobertura de los servicios de rehabilitación extrahospitalarios, el Sistema Nacional DIF crea a nivel nacional el **Programa de Rehabilitación con Participación de la Comunidad**, mismo que se opera a través de la creación de las Unidades Básicas de Rehabilitación.

Con las acciones de rehabilitación se persigue en las personas con discapacidad, el incrementar sus capacidades, mediante la valoración y tratamiento interdisciplinario con la participación del discapacitado, su familia y la comunidad, teniendo como finalidad su rehabilitación integral.

El DIF Estatal, con el interés de cubrir la demanda de rehabilitación de nuestra entidad, decide instalar las Unidades Básicas de Rehabilitación, formando simultáneamente personal auxiliar especializado en la atención de personas con discapacidad.

Para alcanzar éste y otros objetivos, el DIF Nacional conviene con el DIF Estatal, la descentralización de fondos para la realización de varios programas, lo cual hizo posible la adquisición de equipo especializado para poder brindar atención y rehabilitación a las personas con discapacidad al llevar estos servicios a su lugar de origen o lo más cercano posible.

3. OBJETIVO

Contar con un documento que permita unificar las acciones y criterios de operación y control para la prevención y atención de la población con discapacidad o en riesgo de padecerla, en las Unidades Básicas de Rehabilitación dependientes de los Sistemas Municipales DIF; buscando un esquema que garantice una mejor calidad de vida para la población con discapacidad con la activa participación de la familia y la comunidad.

3.1 ALCANCE

El presente manual será aplicado en todas las Unidades Básicas de Rehabilitación, ubicadas en el Estado de San Luis Potosí.

4. MARCO JURÍDICO

- Manual de operación de las Unidades Básicas de Rehabilitación, Subdirección de Rehabilitación, Departamento de Unidades Operativas en los Estados. DIF Nacional.
- Manual de procedimientos de atención a usuarios enero de 1993.
- Estatuto orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, capítulo XII. Art. 28. Fracc. III, septiembre 1999.
- Manual de organización del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 30 de abril, 1992.
- Ley General de Salud, Título noveno, capítulo único, artículo 174, Diario oficial 02-02-84.
- Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, capítulo segundo, artículo 15, fracción VIII, Diario oficial 02-01-86.
- Ley Sobre el Sistema Estatal y Asistencia Social de San Luis Potosí.
- Contrato de comodato efectuado entre el DIF Estatal y el SMDIF.
- Diario Oficial publicado el miércoles 28 de abril de 1999. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia publica las reglas de operación del programa de atención a personas con discapacidad, financiados con recursos federales.
- Reglas de operación de los programas de atención a discapacitados. Diario Oficial del 09-03-01.
- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA-1998, del expediente clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA 1-1998, para la atención integral de las personas con discapacidad.
- Convenio de colaboración entre el DIF Nacional y DIF Estatal celebrado el 22 de agosto del 2001.

5. LINEAS ESTRATEGICAS DE ACCION

SISTEMA ESTATAL DIF A TRAVÉS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL.

Ampliar la cobertura de atención del paciente con discapacidad al interior del estado con la implementación de Unidades Básicas de Rehabilitación.

Detectar a individuos con discapacidad, o en riesgo de presentarla, en las áreas rurales, con el apoyo de personal operativo de esas zonas, ya sea del SMDIF o de otras dependencias.

Promocionar los servicios que se ofrecen en las Unidades Básicas de Rehabilitación para que los pacientes acudan oportunamente a recibir su tratamiento.

6. LINEAMIENTOS GENERALES

LA DIRECCIÓN DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

- Coordinará y supervisará a través del CREE el funcionamiento de las UBR.
- Revisará y autorizará proyectos relacionados con discapacidad.

El Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE)

- Determinará los criterios de selección de personal para la UBR.
- Personal del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) acudirá a realizar supervisiones en forma periódica, conforme a calendario establecido.
- Revisará informes mensuales y programas anuales de trabajo de la UBR.
- Personal del CREE brindará capacitación administrativa en el manejo de la UBR.
- Asesorará en la determinación de las Cuotas de Recuperación o elaboración del tabulador; las cantidades de cada clasificación de pago serán determinadas por el DIF Municipal.
- Determinará el equipo a asignarse en comodato de acuerdo al inventario y tipo de UBR.
- Mantendrá actualizado al personal de Terapia Física que labore en la UBR mediante la capacitación continua.

EL SISTEMA MUNICIPAL DIF EN COLABORACIÓN CON LA COMUNIDAD

- Será responsabilidad de los SMDIF la adecuación del inmueble y sus accesos, la prestación de servicios de rehabilitación y el buen funcionamiento de la UBR. (Anexo 1).
- Las autoridades de los SMDIF y el personal que labora en las Unidades Básicas serán responsables del cumplimiento de los procedimientos contenidos en este manual.
- Será responsabilidad del SMDIF la contratación del personal capacitado para laborar en la UBR, que sea preferentemente originario de la comunidad pero con capacidad y estudios inherentes al puesto.
- Será responsabilidad del SMDIF elaborar los contratos, convenios o reglamentos con su personal, estableciendo el tipo de contrato (temporal o definitivo), las fechas de inicio y terminación del mismo, honorarios, así como los derechos y obligaciones de cada trabajador.
- A través del centro de rehabilitación informará a DIF Nacional mensualmente sobre la población atendida y actividades desarrolladas por las UBR en formatos establecidos por DIF Nacional y CREE.
- Será responsabilidad del SMDIF dar alta a la UBR ante la Secretaría de Salud, para obtener el aviso de funcionamiento y del responsable sanitario en la Jurisdicción Sanitaria que corresponde.
- Será responsabilidad del SMDIF la contratación de médico especialista en Medicina física y rehabilitación que acudirá en forma regular o permanente cuando así lo requiera la unidad o apoyar a sus pacientes para que acudan a la unidad en donde exista el servicio de consulta de rehabilitación.

7. NORMAS

- La Unidad Básica de Rehabilitación (UBR) deberá contar con un Programa Anual de Trabajo
- Todo usuario atendido en las UBR será sujeto a estudio socioeconómico a fin de determinar la cuota de recuperación a aplicar. (Anexo 2).
- El responsable de la unidad vigilará que el expediente clínico de cada paciente se encuentre debidamente integrado. (Anexo 3).
- El responsable de la unidad elaborará y enviará el informe de productividad.
- El médico especialista en rehabilitación contratado por el municipio es la única persona capacitada para llevar a cabo el examen médico del paciente para su diagnóstico y plan de tratamiento.
- En los casos en que no se cuente con un médico especialista de rehabilitación en la UBR, los pacientes deberán acudir (previa cita) a valoraciones a la UBR más cercana que cuente con el servicio. En estos casos las indicaciones se enviarán a la UBR de origen para ser aplicadas por el Terapeuta.
- El Centro de Rehabilitación y Educación Especial realizará supervisiones periódicas para proporcionar apoyo técnico y vigilar el cumplimiento de las funciones de las UBR.
- Las Unidades deberán contar con instalaciones (Luz, Agua, ventilación, entre otras), en condiciones óptimas para otorgar un servicio eficiente.
- El personal de terapia que labore en la unidad deberá ser calificado y con preparación reconocida en su área.(ver capítulo de perfil de puesto).
- Las constancias de aviso de funcionamiento y responsable sanitario deberán estar colocados en un lugar visible.

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS PACIENTES

Derechos:

- Ser tratados con amabilidad por parte del personal que los atiende.
- El personal de la UBR tiene el deber de escucharlos y orientarlos amable y oportunamente en todas las dudas que les surjan durante su atención en la unidad.
- El servicio que recibe deberá ser otorgado por personal especializado, con profesionalismo, que se refleje en una atención completa y eficiente.
- Conocer el nombre del médico responsable y de las personas que le brindan atención; también en forma general o detallada, el plan de tratamiento.

Obligaciones:

- Realizar en forma amable y respetuosa cualquier solicitud de servicio o información.
- Traer siempre consigo su carnet de citas.
- Someterse a una prevaloración médica para determinar su ingreso a la unidad.
- Pagar las cuotas de recuperación predeterminadas antes de pasar a consulta, estudios y/o terapias.
- Si se trata de un menor o un anciano dependiente, deberá ser acompañado por un familiar responsable durante su atención.
- Presentarse en condiciones óptimas de higiene.
- No acompañarse por niños que no estén citados a consulta o tratamiento.
- Respetar al personal
- Cuidar las instalaciones de la UBR y mantenerla limpia.

8. FUNCIONES GENERALES DE U.E.R.

- Aplicar mecanismos de operación para el eficaz funcionamiento de la Unidad con apego a los lineamientos emitidos por el Sistema Nacional DIF y DIF ESTATAL a través del C.R.E.E.
- Promover y difundir la cultura en materia de discapacidad, así como de la limitación del daño.
- Brindar atención a la población que presente algún tipo de discapacidad.
- Abrir expediente para cada uno de los pacientes que sean atendidos en la Unidad de acuerdo a la normatividad vigente.
- Canalizar a pacientes al CREE o a otras instituciones, cuando así lo requieran.
- Apoyar a la rehabilitación integral de la persona con discapacidad.
- Enviar en forma mensual los reportes de pacientes atendidos en consulta externa y terapias al CREE. (ver Proceso de reporte mensual de productividad).
- Determinar el monto y manejar las cuotas de recuperación establecidas.
- Establecer coordinación con otras instituciones afines.
- Promover el registro de personas con discapacidad y la creación de asociaciones y clubes.
- Proporcionar el mantenimiento que requiera la unidad, así como del equipo para que se puedan utilizar en forma adecuada.
- Mantener en óptimas condiciones el equipo y mobiliario entregado en comodato.
- Promover la capacitación y actualización del personal.
- Aplicar los programas sustantivos del "Programa de atención a personas con Discapacidad". (Escuela para Padres, Detección temprana de procesos discapacitantes, entre otros).

9. PROCEDIMIENTO PARA EL COBRO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN

LINEAMIENTOS

1. El SMDIF elaborará un tabulador específico para su Unidad según su área geográfica, que deberá ser validado por el CREE. **(Anexo 6)**
2. La cuota será establecida por la Trabajadora Social cuando la Unidad cuente con este servicio y será de acuerdo al grupo en que se ubique previo Estudio Socio-Económico. **(Anexo 2)**

Ejemplo:

| SERVICIO | IMPORTE (CUOTA) | | | | |
|----------------------|-----------------|-------------|--------------|------------------|--------|
| | MAXIMA \$ | MEDIA \$ | MÍNIMA \$ | APORTACION \$ | EXENTA |
| Consulta médica | 85.00 | 60.00 | 40.00 | 20.00 | ----- |
| Sesión de terapia | 45.00 | 30.00 | 20.00 | 15.00 | ----- |

3. Por cada servicio pagado que recibe el usuario deberá expedirse un recibo foliado con requisitos fiscales, entregando el original al usuario, la primera copia para la unidad y la segunda copia para el SMDIF. Cuando se trate de un servicio exento de pago se expedirá un recibo foliado entregando el original al paciente y la copia para la unidad. Dicho recibo será de control interno y contendrá el nombre del paciente, fecha, servicio al que pasara y número de expediente.
4. Deberá enviarse un reporte mensual al SMDIF detallando los ingresos capturados por servicios otorgados, de igual manera los gastos efectuados especificando los conceptos en que fueron utilizados y la relación de pacientes exentos.
5. El SMDIF será el encargado de supervisar y controlar el rubro financiero de la unidad.
6. Las cuotas de recuperación podrán ser utilizadas para cubrir necesidades de reequipamiento, material, así como el mantenimiento y conservación del inmueble.
7. Las cuotas de recuperación no podrán ser utilizadas para el pago de nómina.

10. PROCESO DE ELABORACIÓN DEL EXPEDIENTE CLINICO

Cada paciente contará con un Expediente Clínico el cual es un documento confidencial y legal, en el que se consignarán los datos relevantes del paciente. El expediente debe incluir los puntos que establece el DIF Nacional y son:

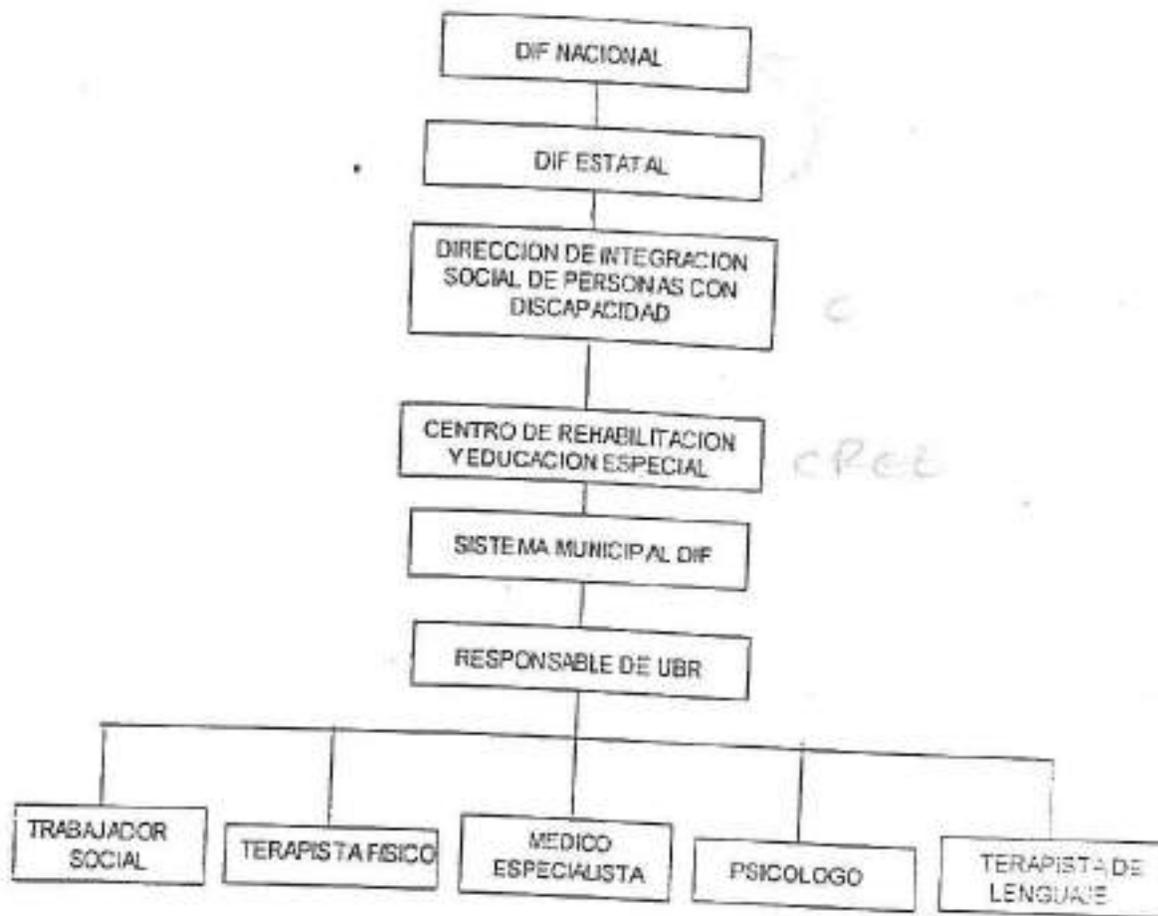
1. Hoja frontal
2. hoja de prevaloración
3. Historia clínica .
4. Notas Médicas (subsecuentes)
5. Ínter consultas**
6. Hoja de Alta **
7. Notas de Terapia Física
8. Notas de Terapia Ocupacional*
9. Notas de Terapia de lenguaje*
10. Informe Psicológico*
11. Estudio Social corto
12. Resultados de exámenes de laboratorio**
13. Resultados de exámenes de gabinete**
14. Otros documentos médicos**

* Cuando se cuente con el recurso humano

** Solo en los casos que por las características del caso clínico se cuente con ellos. No se deberán incluir hojas en blanco

*** ver formatos en el anexo 3

11. ESTRUCTURA ORGANICA



12. PERFILES DE PUESTO

Al instalar la Unidad Básica de Rehabilitación esta deberá *contar con personal necesario para brindar la atención adecuada al paciente con discapacidad.*

Para las Unidades tipo "C" se considera **personal indispensable** a la Trabajadora Social y Terapista Físico. En los casos de la ampliación de servicios podrá contratarse al resto de personal, que en este caso es considerado como conveniente. Las valoraciones médicas podrán realizarse previa cita en la UBR, CRI o CREE más cercana que cuente con el servicio.

Para las Unidades tipo "B" se considera **personal indispensable** a la Trabajadora Social, el Terapista Físico, el Psicólogo Clínico y Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación.

Para las Unidades tipo "A" se considera **personal indispensable** a la Trabajadora Social, Terapista Físico, Psicólogo Clínico, Terapista de Lenguaje y Médico especialista en Medicina de Rehabilitación, ya que se contará con el servicio multidisciplinario para brindar mayores técnicas terapéuticas de rehabilitación.

En los casos de los Centros de Rehabilitación Integral (CRI) estos deberán contar con el equipo médico y paramédico necesario para brindar todos los métodos terapéuticos de rehabilitación. El equipo multidisciplinario esta constituido por el Médico especialista de Rehabilitación, Terapista Físico, Trabajadora Social, Psicólogo Clínico, Terapista de Lenguaje. En estos casos se deberá contar también con una unidad administrativa del CRI y con Coordinador General del Centro. (El manual del CRI se encuentra para consulta en el C.R.E.E.).

Se deberá de considerar en todas las UBR personal exclusivo para efectuar la limpieza de la unidad y así asegurar las condiciones de higiene de la misma.

El Sistema Municipal DIF será el responsable de designar quien de este personal fungirá como Responsable de la unidad.

El personal de las UBR tiene la responsabilidad de fortalecer el Programa de rehabilitación con participación de la comunidad realizando actividades de promoción de servicios, detecciones y terapias en el lugar donde esta instalada la UBR y en sus comunidades.

PUESTOS

| | |
|-----------------------------------|---|
| PUESTO: | RESPONSABLE DE UBR |
| OBJETIVO: | Planear y organizar el funcionamiento de los servicios que presta la UBR para que esta logre sus objetivos en forma eficiente y eficaz, conforme a los lineamientos emitidos por DIF Nacional y DIF Estatal a través del CREE |
| ESCOLARIDAD: | Profesional ó Técnica |
| CONOCIMIENTOS NECESARIOS: | Administración Diseño y aplicación de programas Sistema de Calidad. |
| CAPACIDADES Y HABILIDADES: | Persona con capacidad de Organización y Liderazgo que trabaje en la UBR y sea designado por el SMDIF Trabajo en equipo Gestión Control Iniciativa Liderazgo Comunicación |
| EDAD: | Mayor de 25 años |
| INTERRELACION: | DIF Estatal Sistema Municipal DIF C.R.E.E Dependencias Publicas o Privadas del Municipio |

**AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD
BASICA DE REHABILITACION**

1. Programar, organizar y supervisar las áreas de Consulta y Terapia. ✓
2. Realizar supervisión de UBR regulamente para detectar necesidades. ✓
3. Mantener constante comunicación con el personal de UBR para brindar un óptimo servicio. ✓
4. Acudir al CREE cuando se le solicite. ✓
5. Mantener estrecha comunicación con la Presidenta o Directora del SMDIF. ✓
6. Concentrar la información en el formato de reporte mensual de productividad y enviarla al C.R.E.E. en un lapso de tres días hábiles posteriores al día 16 de cada mes. ✓
7. Recabar y entregar la información requerida para el programa de Rehabilitación con participación de la comunidad (formato SISP-09 del Anexo 5). ✓
8. Participar en el Programa de Escuela para Padres. ✓
9. Elaborar el Programa Anual de trabajo de la UBR. ✓
10. Vigilar que se asigne adecuadamente la cuota de recuperación de acuerdo al estudio socioeconómico. ✓
11. Llevar un registro de ingresos y egresos de las cuotas de recuperación. ✓
12. Ofrecer un trato amable y con respeto a los usuarios, compañeros y público en general. ✓
13. Informar al SMDIF y CREE sobre actividades relevantes en pro de las personas con discapacidad de su Municipio. ✓

| | |
|-----------------------------------|---|
| PUESTO: | TRABAJADOR SOCIAL |
| OBJETIVO: | Brindar orientación y atención a los usuarios del centro, investigando y analizando la problemática social que presenten para que sean canalizados a los diversos servicios. |
| ESCOLARIDAD: | Profesional ó Técnica |
| CONOCIMIENTOS NECESARIOS: | Conocer los aspectos sociales del discapacitado y su familia. |
| CAPACIDADES Y HABILIDADES: | Trabajo en equipo Equipo de oficina Control Iniciativa Verbal Comunicación |
| EDAD: | Mayores de 20 años. |
| INTERRELACION: | DIF Estatal Sistemas Municipales DIF C.R.E.E. Instituciones Académicas Hospitales del Sector Salud Dependencias Gubernamentales Asociaciones civiles que atienden a personas con discapacidad. Personal de UBR Usuarios |

AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL TRABAJADOR(A) SOCIAL

1. Entrevistar y aplicar estudio socio-económico preliminar y profundo.
2. Instruir a los pacientes de los pasos que tienen que realizar en la UBR.
3. Realizar tramites de canalizaciones de pacientes que requieren servicios fuera de la UBR.
4. Realizar visitas domiciliarias de seguimiento a los pacientes.
5. Asesorar a los pacientes en los procedimientos de atención.
6. Abrir expedientes a los pacientes que ingresan y vigilar que estos se encuentren constantemente en orden. Anotar en Hoja Frontal el nombre, edad, sexo, No. de expediente.
7. Realizar trámites ante el CREE para elaboración de órtesis, prótesis y ayudas funcionales.
8. Mantener informado al encargado de la UBR. Sobre los hechos relevantes durante la jornada laboral.
9. Apoyar en la difusión de los Servicios que ofrece la UBR.
10. Apoyar en el Programa Detección Oportuna de Procesos Discapacitantes.
11. Participar en el Programa de Escuela para padres.
12. Participar en la elaboración del Programa Anual de trabajo de UBR.
13. Consignar el ingreso del paciente en la "Bitácora de ingreso de pacientes". La cual tiene la siguiente información:
 - Fecha de ingreso
 - Nombre completo del paciente
 - Edad
 - Sexo
 - Diagnostico
 - Nombre del médico que lo ingresa
 - Procedencia (comunidad o municipio)
 - No. de expediente
14. En los casos de canalizaciones de la UBR a otra institución de salud, anotara al paciente en la libreta de referencia y contrarreferencia, la cual debe incluir los siguientes datos:
 - Fecha
 - Nombre del Paciente
 - Edad
 - Sexo
 - Diagnóstico
 - Lugar de referencia
 - Motivo de la referencia
 - Nombre de quien lo refirió
15. Ofrecer un trato amable y con respeto a los usuarios, compañeros y Público en General.
16. Laborar en el horario que le indique el SMDIF.

| | |
|-----------------------------------|---|
| PUESTO: | LIC. TERAPIA FÍSICA, TÉC. EN TERAPIA FÍSICA O AUX. EN TERAPIA FÍSICA. |
| OBJETIVO: | Brindar tratamiento de Terapia Física bajo un programa de rehabilitación de acuerdo a las indicaciones del Médico que canaliza al paciente. |
| ESCOLARIDAD: | Carrera profesional de Terapia Física ó Auxiliar de Terapia Física egresado de Escuela Reconocida |
| CONOCIMIENTOS NECESARIOS: | De diversas técnicas de Tratamiento especializado como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Electroterapia ✓ Mecanoterapia ✓ Hidroterapia ✓ Termoterapia ✓ Estimulación Múltiple Temprana |
| CAPACIDADES Y HABILIDADES: | Trabajo en equipo Manuales Visual Análisis y Síntesis Comunicación |
| EDAD: | Mayor de 18 años |
| INTERRELACION: | Sistema Municipal DIF Responsable de UBRS Personal de UBR Usuarios del servicio |

AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL TERAPISTA FISICO

1. Llevar a cabo el tratamiento indicado por prescripción médica.
2. Aplicar técnicas generales y específicas de su área en el tratamiento rehabilitatorio.
3. Realizar nota inicial de Terapia física al recibir por primera vez al paciente, y subsecuentes informando los avances o retrocesos en Terapia Física.
4. Elaborar por escrito el programa de casa para pacientes cuando éste sea indicado.
5. Llevar un control de asistencia de pacientes diario y mensual.
6. Consignar su productividad diaria en el formato SISP 07 y en el diario de terapia física. (El diario deberá de incluir fecha, no. de expediente, nombre, sexo, edad, diagnóstico, 1era. vez o subsecuente, fecha de ingreso y tratamiento aplicado)
7. Elaborar férulas de yeso cuando éstas hayan sido prescritas por el médico especialista.
8. Participar en la difusión de los servicios de rehabilitación con pláticas y visitas a las comunidades.
9. Participar en pláticas sobre prevención de discapacidad y procesos discapacitantes proporcionadas a pacientes y familiares que acuden a la UBR, en escuelas, y en el Programa de Escuela para padres del Municipio y las comunidades.
10. Participar en la detección de procesos discapacitantes, detectar en forma oportuna a individuos en riesgo de presentar secuelas invalidantes e informar al Responsable de la Unidad.
11. Utilizar en forma adecuada el equipo médico de la Unidad.
12. Detectar y reportar las necesidades de la Unidad.
13. Ofrecer un trato amable y con respeto a los usuarios, compañeros y Público en General.
14. Portar flijipina durante la jornada laboral.
15. Mantener en buenas condiciones y orden su área de trabajo.
16. Sujetarse al horario que el SMDIF le marque.
17. Acudir a las capacitaciones que se convoquen en el CREE.
18. Actividades que designe el jefe inmediato.

| | |
|-----------------------------------|---|
| PUESTO: | MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DE REHABILITACIÓN |
| OBJETIVO: | Efectuar con base al interrogatorio y exploración física, apoyados en elementos de diagnóstico, las acciones de prevención, detección y tratamiento de procesos invalidantes. |
| ESCOLARIDAD: | Médico Cirujano, con Especialidad de Medicina Física y Rehabilitación. |
| CONOCIMIENTOS NECESARIOS: | Conocimientos médicos especializados del proceso de rehabilitación. |
| CAPACIDADES Y HABILIDADES: | Trabajo en equipo Manuales Visual Análisis y Síntesis Comunicación |
| EDAD: | Mayor de 25 años |
| INTERRELACIÓN: | Sistema Municipal DIF Responsable de UBR Personal de UBR Usuarios del servicio |

Interno

AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL MEDICO ESPECIALISTA

1. Atender la consulta medica y consignar en el expediente clinico el tratamiento prescrito.
2. Revisar los estudios para-clinicos y de gabinete.
3. Prevenir, detectar y tratar oportunamente los procesos discapacitantes.
4. Participar en actividades de educación continua.
5. Mantener comunicación con encargado de UBR.
6. Elaborar Historia Clínica, Notas Subsecuentes, Nota de Referencia y Contrarreferencia del Paciente y consignarlo en el expediente clinico.
7. Anotar en Hoja Frontal la fecha y diagnóstico.
8. Consignar en el expediente la prescripción de órtesis y prótesis cuando el paciente lo requiera.
9. Elaborar recetas medicas, en caso de que así se requiera.
10. Consignar en la Hoja diaria del medico (SISP 02) su productividad de consulta, y la entregará al termino de su jornada al responsable de la Unidad.
11. Portar bata durante su jornada laboral.
12. Ofrecer un trato amable y con respeto a los usuarios, compañeros y Público en General.
13. Las demás actividades que designe su jefe inmediato Superior.

*** Aplica en las UBR que cuenten con el Recurso Humano .**

| | |
|-----------------------------------|--|
| PUESTO: | PSICÓLOGO CLÍNICO |
| OBJETIVO: | Valorar y proporcionar atención psicológica como parte del manejo integral a pacientes con algún tipo de discapacidad. |
| ESCOLARIDAD: | Licenciatura en Psicología. |
| CONOCIMIENTOS NECESARIOS: | Aplicación de técnicas de tratamiento psicológicas Terapia de Apoyo Terapia de Grupo Aplicación de pruebas psicológicas |
| CAPACIDADES Y HABILIDADES: | Trabajo en equipo Control Manual Iniciativa Viso motriz Verbal Comunicación Análisis y Síntesis |
| EDAD: | Mayor de 21 años |
| INTERRELACIÓN: | Sistema Municipal de DIF Responsable de UBR Personal de UBR. Pacientes y sus familiares que acuden a las Unidades Básicas de Rehabilitación |

AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL PSICÓLOGO (A) CLINICO

1. Emitir diagnóstico psicológico
2. Aplicar pruebas psicológicas (desarrollo evolutivo)
3. Realizar pruebas de inteligencia y personalidad cuando se le solicite.
4. Dar tratamiento de acuerdo al diagnóstico emitido.
5. Reconocimiento general de las áreas, familiar, personal, sexual, recreativa y educativa.
6. Informar a su jefe inmediato sobre las necesidades detectadas.
7. Elaborar informe diario
8. Participar en la detección oportuna de procesos generadores de discapacidad.
9. Participar en la difusión de los servicios de rehabilitación en su municipio.
10. Acudir a capacitación cuando así lo requiera el CREE.
11. Asesorar al paciente y su familia
12. Ofrecer un trato amable y con respeto a los usuarios, compañeros y Público en General.
13. Las demás actividades que designe su jefe inmediato Superior.
14. Se sujetará al horario de trabajo que el SMDIF le marque.

- **Aplica en las UBR que cuenten con el Recurso Humano.**

| | |
|-----------------------------------|--|
| PUESTO: | LIC. EN TERAPIA DE LENGUAJE O AUX. DE TERAPIA DE LENGUAJE |
| OBJETIVO: | Brindar tratamiento de rehabilitación a pacientes con alteraciones en el lenguaje y en el habla. |
| ESCOLARIDAD: | Lic. en Terapia de Lenguaje ó Aux. de Terapia de Lenguaje egresado de escuela reconocida. |
| CONOCIMIENTOS NECESARIOS: | Conocer las técnicas de diagnóstico y tratamiento de los problemas de comunicación que presenten los pacientes. |
| CAPACIDADES Y HABILIDADES: | Trabajo en equipo, Manual Control Iniciativa Visual Verbal Visomotriz Auditiva Análisis y Síntesis comunicación. |
| EDAD: | Mayor de 21 Años. |
| INTERRELACIÓN: | Sistema Municipal DIF Responsable de UBR Personal de UBR Usuarios del servicio |

AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL TERAPISTA DE LENGUAJE

1. Llevar a cabo el tratamiento de Terapia de Lenguaje indicado por prescripción médica.
2. Elaborar programas de casa para pacientes.
3. Llevar control de asistencia de pacientes.
4. Explicar a los pacientes y familiares el procedimiento a seguir en la Terapia de Lenguaje.
5. Realizar las anotaciones pertinentes de avances o retrocesos en los expedientes de los pacientes atendidos.
6. Mantener informado al encargado de la UBR sobre los hechos relevantes durante la jornada laboral.
7. Registrar la productividad diaria en el formato SISP-09.
8. Portar filipina durante la jornada laboral.
9. Cuidar el material de Trabajo y ordenarlo al termino de la jornada.
10. Ofrecer un trato amable y con respeto a los usuarios, compañeros y Publico en General.
11. Las demás actividades que designe su jefe inmediato superior.

*** Aplica en las UBR que cuenten con el Recurso Humano.**

13. PROCESO DE REPORTE MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD

1. En el programa anual de actividades de cada UBR se realizara la programación anual de metas de acciones en atención a personas con discapacidad de acuerdo al personal que labora y a su horario de trabajo. Dicha información será enviada al Centro de Rehabilitación y Educación Especial a más tardar el 31 octubre de cada año, con la programación para el año próximo inmediato. Para tal fin se anexan formatos. (Anexo 4).
2. Para llevar un control del cumplimiento de metas programáticas es necesario contar con un reporte mensual de las actividades realizadas, el cual es solicitado por la Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social de DIF Nacional y la Dirección de Planeación y Desarrollo de DIF Estatal por medio del Centro de Rehabilitación y Educación Especial.
3. Por lo anterior es conveniente que en cada UBR se instrumente una bitácora con control de actividades diarias.
4. Considerando que las UBR surgen del Programa Nacional de Rehabilitación con participación de la comunidad se deberán enviar las acciones que corresponden a dicho Programa en el formato SISP-19 de DIF Nacional, mensualmente en la misma fecha.
5. La información será recabada en base a las acciones diarias en el periodo del día 16 del mes en curso al día 15 del mes siguiente de cada mes, y enviada al CREE en un período de 3 días hábiles posteriores al cierre mensual.
Para tal fin se anexan formatos y guía de llenado. (ANEXO 4).

14. CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA

- Mediante la supervisión calendarizada por parte de personal del Centro de Rehabilitación.
- A través de los informes mensuales que se remitan al C.R.E.E. por el área administrativa y operativa de la Unidad.
- Mediante la Retroalimentación del análisis de los Resultados de las visitas de supervisión y de los informes mensuales durante las reuniones bimestrales en el C.R.E.E. con el personal operativo.
- A través de los informes mensuales y trimestrales que se emitan al DIF Estatal y al DIF Nacional.
- Con el seguimiento y apoyo en las actividades relevantes por parte de las coordinaciones regionales.

15. PROCESO DE ENTREGA - RECEPCION

Con el objeto de dar continuidad a los servicios de Rehabilitación en las Unidades Básicas de Rehabilitación, se solicita que se realice el **Proceso de Entrega-Recepción** en los casos en que hay cambio de Gobierno Municipal

Los documentos deben permanecer en la Unidad Básica de Rehabilitación y presentarse ante las Autoridades Municipales o el CREE en los casos que se requieran.

La información solicitada.

1. RECURSO HUMANOS: INTEGRAR, ANEXAR Y ACTUALIZAR:

- Plantilla del personal ✓
- Expedientes del personal ✓
- Directorio del personal (Domicilio y teléfonos para aclaraciones posteriores). ✓

2. RECURSOS FINANCIEROS: ANEXAR:

- Informe de cuotas de recuperación. ✓
- Relación de cuentas bancarias y Conciliaciones Bancarias. ✓

3. RECURSOS MATERIALES: INTEGRAR, ANEXAR Y ACTUALIZAR:

- Inventario de Mobiliario y Equipo de Oficina por:
 - a) Inventario del equipo entregado en comodato por el DIF Estatal. ✓
 - b) Inventario del equipo adquirido por el Municipio. ✓
 - c) Inventario del material o equipo donado para la atención de pacientes en la UBR. ✓
- Relación de los expedientes de los pacientes (por abecedario o folio).
 - a) expedientes de pacientes activos. ✓
 - b) expedientes de pacientes dados de alta. ✓
 - c) expedientes de pacientes que abandonaron su tratamiento. ✓

- Listado de los expedientes activos (notas médicas, terapistas, Psicología o trabajo social recientes donde se incluyan indicaciones, tipo de tratamiento avances en el estado actual del paciente). Notas vigentes del último semestre.
- Relación de contratos vigentes, convenios actos o hechos.
- Avisos de funcionamientos y del Responsable Sanitario.
- Síntesis de actividades del Trienio, (Es una narración de las acciones más relevantes realizadas en pro de la población con discapacidad, esta puede incluir una memoria gráfica).

7
10
10

Programa sustantivo → 3 años

Se tendrá especial cuidado para que el equipo entregado en comodato así como el adquirido por el SMDIF con Cuotas de recuperación o presupuestos específicos permanezca dentro de las instalaciones de la UBR para uso exclusivo de la misma. En el caso en que particulares hayan donado material didáctico, insumos o equipo éste deberá continuarse utilizando para los fines que fue donado, *la atención a personas con discapacidad* y quedara inventariado dentro del equipo de la unidad básica.

NOTA: Deberán enviar copia del Proceso de Entrega - Recepción al C.R.E.E. para un mejor control de la UBR.

ANEXOS

- Evidencias fotográficas? 5
- Discapacitados? Cuantos trabajos
- Que notas.

SLP engargolado
 Coord. grapado
 UBR engargolado → Julio

16. ANEXO

Anexo 1:

- Especificaciones para considerar en la construcción de las UBR

Anexo 2:

Departamento de Trabajo Social:

- Estudio Preliminar
- Estudio Social
- Carnet de citas

Anexo 3:

- Hoja frontal de Diagnóstico
- Hoja de Prevaloración
- Historia Clínica
- Notas Medicas
- Hoja de Alta
- Notas de Terapia Física

Anexo 4:

- Formato Programación Anual de Metas
- Procedimiento para obtener la Productividad de los Recursos Humanos de los Centros de Rehabilitación.
- Guías de llenado Trabajo Social, Terapia Física, Consulta Medica, Psicología, Terapia de Lenguaje Terapia Ocupacional.

Anexo 5:

- Productividad Ideal por Área Según Jornada Laboral
- Registro Mensual de Rehabilitación con Participación Comunitaria

Anexo 6:

- Propuesta de tabulador de Cuotas de Recuperación.

ANEXO 1

ANEXO 1

ESPECIFICACIONES PARA CONSIDERAR EN LA CONSTRUCCIÓN DE LAS UNIDADES BÁSICAS DE REHABILITACIÓN (UBR)

Área sugerida de la superficie de construcción:

| | |
|----------|--------------------|
| Tipo "A" | 180 m ² |
| Tipo "B" | 135 m ² |
| Tipo "C" | 90 m ² |

Instalaciones eléctricas con contactos bipolares y con tierra física en los privados, en recepción y dentro del gimnasio.

Ventilación por la parte superior del área (en muros).

Iluminación adecuada.

Considerar lavabo en el área de mecanoterapia.

Closet para las cuñas, rollos, bastones, aparatos, etc. (.90 x 2.00 m)

2 sanitarios para hombres y para mujeres (pueden estar junto a la unidad)

2 privados de 2 x 2.5 m c/u. (para terapia) nota: la separación entre los privados pueden ser con cortinas, tablaroca, etc.

Área de recepción de 4.0 x 4.0 m.

Área para tres colchones de tratamiento (2.0 x 2.0 m..)

Espacio para las poleas de pared (0.60x 0.90 m.)

Área para instalar en la pared y arriba de los colchones una espaldera de 1.0 m de ancho x 2.30 m de alto.

Área para las barras paralelas de 0.70 x 3.0 m (separado de los colchones 0.60 m.)

Área para la bicicleta fija (0.70 x 1.00 m.)

Área para la mesa infantil con 4 sillas (2.00 x 2.00 m.)

ACCESIBILIDAD PRINCIPAL PARA LAS UBR.

Niveles de piso:

Evitar las diferencias de nivel; si es necesario considerar rampas de 1.20 mts. de ancho con superficie antiderrapante, con una inclinación máxima del 6 %, considerar guarniciones laterales de 5 cms. de alto por 10 cms. de ancho evitando las aristas al principio y al final de ellas. considerarse barras laterales de apoyo de 1 ½ pulg. de diámetro a una altura de 90 cms.

Puertas:

Con un ancho mínimo de 90 cms, evitando barreras en el piso.

Sanitarios:

De 1.60 mts. de ancho por 2.00 mts. de largo, con el mueble a una altura de 50 cms. del piso y separado de la pared lateral 25 cms. con barras de apoyo de 1 ½ pulg. de diámetro a una altura de 90 cms., separado de la pared 4 cms.

Teléfono:

Instalado a una altura máxima de 1.20 mts.

EQUIPO INDISPENSABLE PARA UNA U.E.R. MODALIDADES TERAPEUTICAS QUE PROPORCIONA UNA UBR

UNIDAD TIPO "A"

Mecanoterapia
Termoterapia
Hidroterapia
Electroterapia

UNIDAD TIPO "B"

Mecanoterapia
Termoterapia
Hidroterapia

UNIDAD TIPO "C"

Mecanoterapia
Termoterapia

El equipo extra será de acuerdo al tipo de unidad según dimensiones, demanda y productividad que cada una presenten.

Se podrá incrementar de acuerdo al presupuesto asignado de DIF Nacional para UBR o con cuotas de recuperación de la propia UBR.

ANEXO 2



DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL: ESTUDIO PRELIMINAR

ECHA DE ESTUDIO _____ CLASIFICACION _____

NOMBRE _____ No. DE EXP. _____

EDAD _____ SEXO _____ EDO. CIVIL _____

COLARIDAD _____ OCUPACION _____

ECHA DE NACIMIENTO _____ DOMICILIO _____ TEL. _____

SERVICIO _____

OBJETIVO DE ESTUDIO _____

ESTRUCTURA FAMILIAR

| MEMBROS DE LA FAMILIA (NOMBRE) | PARENTESCO | EDAD | EDO. CIVIL | OCUPACION, ESCOLARIDAD |
|--------------------------------|------------|------|------------|------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DATOS ECONOMICOS

| INGRESOS | EGRESOS |
|-------------------------|----------------------------|
| RENTA _____ | RENTA O PAGO DE CASA _____ |
| DIARIOS _____ | ALIMENTACION _____ |
| OTROS _____ | AGUA, LUZ, TEL. _____ |
| | EDUCACION _____ |
| | PASAJES _____ |
| | OTROS _____ |
| TOTAL DE INGRESOS _____ | TOTAL DE EGRESOS _____ |

NOMBRE, FIRMA Y No. DE CRED. _____

INFORME DE TRABAJO SOCIAL

FECHA Y HORA

NOTAS

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

| NOMBRE | PARENTESCO | EDAD | ESTADO CIVIL | OCUPACION Y ESCOLARIDAD |
|--------|------------|------|--------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

MIEMBROS SEPARADOS.

OBSERVACIONES DE LA RELACION MINUSVALIDO / FAMILIAR

DESCRIPCION DEL PROBLEMA DE MINUSVALIA.

CAUSAS QUE LO ATRIBUYE LA FAMILIA Y QUE IMPORTANCIA LE DA.

ESFUERZOS REALIZADOS POR LA FAMILIA PARA RESOLVER EL PROBLEMA DEL MINUSVALIDO.

ACTITUD DE LA FAMILIA ANTE EL MINUSVALIDO

RECUPERACION DE LA MINUSVALIA EN EL MEDIO FAMILIAR Y EXTRAFAMILIAR.

DINAMICA FAMILIAR, COMUNICACION, NORMAS, VALORES, RELIGION, OTROS.

UNIDAD DE REHABILITACION
CENTRO DE REHABILITACION
Y EDUCACION ESPECIAL

LOCALIDAD
SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

CARATULA DE EXPEDIENTE

NOMBRE DEL USUARIO

CARNET DE CITAS

SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA

CLASIFICACION

DIF

CARATULA

INTERIOR

| CONSULTA | DIA MES HORA |
|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| MEDICINA FISICA Y REHABILITACION | | | | | |
| TRABAJO SOCIAL | | | | | |
| ERAPIAS | | | | | |
| TERAPIA FISICA | | | | | |
| TERAPIA OCUPACIONAL | | | | | |
| PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA | | | | | |

ANEXO 3

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL
CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL
S. L. P.

DIF

HOJA FRONTAL
DIAGNOSTICO

NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE:

EDAD

UNIDAD DE REHABILITACION

FECHA

DIAGNOSTICO NOSOLOGICO Y DE INVALIDEZ

NOMBRE Y NO. DE CREDENCIAL
DEL MEDICO TRATANTE

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA NIÑEZ
 DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
 CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL
 S. L. P.



HOJA DE PREVALORACION

| | |
|--------------------|------|
| NOMBRE | |
| EDAD | SEXO |
| OCUPACION | |
| ENVIADO POR | |
| DERECHOHABIENTE DE | |
| DOMICILIO | TEL. |
| FECHA | |

IMPRESION DIAGNOSTICA

CANALIZACION

SE SUGIERE VALORACION POR:

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| MEDICINA DE REHABILITACION | <table border="1"> <tr><td> </td></tr> </table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| COMUNICACIÓN HUMANA | | | | | | | | | | | |
| ORTOPEDIA | | | | | | | | | | | |
| PEDIATRIA | | | | | | | | | | | |
| NEUROLOGIA | | | | | | | | | | | |
| OFTALMOLOGIA | | | | | | | | | | | |
| PSICOLOGIA | | | | | | | | | | | |
| PEDAGOGIA | | | | | | | | | | | |
| TRABAJO SOCIAL | | | | | | | | | | | |
| EVALUACION DE APTITUDES Y DESARROLLO DE HABILIDADES PARA EL TRABAJO (EADHT) | | | | | | | | | | | |
| CANALIZACION EXTERNA | | | | | | | | | | | |

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO:

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL
CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL
S. L. P.

DIF

HISTORIA CLINICA

NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE

EDAD.

SEXO.

UNIDAD DE REHABILITACION.

SERVICIO.

INTERROGATORIO:

DIRECTORIO

INDIRECTO

HEREDITARIOS FAMILIARES:

PERSONALES NO PATOLOGICOS:

PERSONALES PATOLOGICOS:

EXPLORACION FISICA

PESO

ESTATURA

PULSO

TENSION ARTERIAL

TEMPERATURA

RESPIRACION

INSPECCION GENERAL

MARCHA

POSTURA

CABEZA Y CUELLO

PARÉS CRANEALES

TORAX Y ABDOMEN

MIEMBROS SUPERIORES

MIEMBROS INFERIORES

A. D. V. H.

DIAGNOSTICO NOSOLOGICO Y DE INVALIDEZ

PRONOSTICO DE REHABILITACION

TRATAMIENTO INTEGRAL

NOMBRE Y No. DE CREDENCIAL

PADECIMIENTO ACTUAL

APARATOS Y SISTEMAS

EXAMENES PREVIOS

TERAPEUTICA EMPLEADA

DIAGNOSTICOS PREVIOS



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL
SUBDIRECCION DE REHABILITACION

| | |
|----------------------------|------|
| NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE | |
| EDAD | SEXO |

NOTAS MEDICAS

FECHA
Y
HORA

NOTAS

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL
SUBDIRECCION DE REHABILITACION

NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE

EDAD

SEXO

NOTAS DE TERAPIA FISICA

FECHA
Y
HORA

NOTAS

| FECHA Y HORA | NOTAS |
|--------------------|-------|
| | |

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL
CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL
SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

HOJA DE ALTA

NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE

EDAD

SEXO

UNIDAD DE REHABILITACION

FECHA DE INGRESO

DIAGNOSTICO FINAL

ECUELAS

EXAMENES DE LABORATORIO

ESTUDIOS DE GABINETE

OBJETIVO DE ALTA

SERVICIOS OTORGADOS

AREA PARA

FECHA DE ALTA

NOMBRE FIRMA Y No. DE CREDENCIAL

DIA MES AÑO

Y
HORA

NOTAS

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

ANEXO 4

**SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
 COORDINACIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL**



| ACCION | UNIDAD DE MEDIDA | META ANUAL 2004 | EIE | | FEB | | MAR | | ABR | | MAY | | JUN | | JUL | | AGO | | SEP | | OCT | | NOV | | DIC | | REAL ACUMULADO | % AVANCE | | |
|---|------------------|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----------------|----------|--|--|
| | | | Prog | Real | | | | |
| DACTAR E INFORMAR PARA INTERVENIR A DISCAPACITADO | EVENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REVICION A PERSONAS UNA VEZ | ASISTENTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDICAR A PERSONAS BUENAS FUENTES | PERSONA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RECORRE DE TERAPIA FISICA | PERSONA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXAMENES DE LOGICA CULMINAR | SESION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXAMENES DE PSICOLOGIA | SESION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GRUPOS DE REVICION | SESION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SESION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BOO- PROGRAMADO EN EL MES
 REAL- REALIZADO EN EL MES

ATENTAMENTE

RESPONSABLE DEL PROGRAMA

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA PRODUCTIVIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN

Productividad Real= La suma de acciones realizadas en el periodo señalado.

Productividad Ideal= La suma de acciones esperadas de acuerdo a la norma.

Productividad Absoluta= El producto de restar la productividad "Ideal" de la productividad "Real" (ideal-real).

Productividad Relativa= El producto de multiplicar por 100 la productividad "Real", dividir su resultado entre la productividad "Ideal" y restarle el resultado 100.

$$\frac{\text{Real} \times 100}{\text{Ideal}} - 100$$

EJEMPLO

| AREA | PRODUCTIVIDAD | | VARIACIÓN | |
|------------------|---------------|-------|-----------|----------|
| | REAL | IDEAL | ABSOLUTA | RELATIVA |
| Terapeuta Físico | 1,867 | 2,034 | 167 | -8.2% |

EJEMPLO

Período enero-marzo 2001 1,867 Acciones Realizadas
(Productividad Real)

113 Días laborados en el período enero-marzo de 2001

18 pacientes por día por jornada laboral de 8 hrs, diario de acuerdo a la norma.

18 Pacientes x día x 113 días laborados = 2,034 **(Productividad Ideal)**

2,034 - 1,867 = 167 **(Variación absoluta)**

1,867 X 100 = 186,700 entre 2,034 = 91.78 - 100 = -8.2%
(variación relativa)

Guía de llenado para el Formato de registro mensual
de actividades de TRABAJO SOCIAL en UBR.

- 1.- **MUNICIPIO:** Nombre del municipio donde esta ubicada la UBR.
- 2.- **FECHA:** Se deberá anotar la fecha de envío de la información.
- 3.- **NOMBRE:** Nombre asignado a la UBR.
- 4.- **EDAD:** En el cuadro de 0-1 se anotaran todos los pacientes vistos en el mes con edad comprendido de recién nacidos a 12 meses; en el cuadro de 1-4, edades comprendidas de 1 a 4 años; en el cuadro de 5 a 11 las edades correspondientes y así sucesivamente.
- 5.- **SEXO:** Se anotaran en M todos los pacientes de sexo masculino vistos en el mes y en la columna de edad correspondiente. Se anotaran en F todos los pacientes de sexo femenino vistos en el mes y en la columna de edad correspondiente.
- 6.- **PACIENTES DE 1ª. VEZ:** Se anotaran los pacientes en la columna correspondiente de acuerdo al grupo etario y sexo cuando son vistos por primera vez.
- 7.- **PACIENTES SUBSECUENTES:** Se anotaran los pacientes en la columna correspondiente de acuerdo al grupo etario y sexo cuando son vistos de manera subsecuente.
- 8.- **TOTAL:** Se anotara el total de pacientes vistos en UBRs, de todas las edades, en la columna correspondiente según su sexo.
- 9.- **ESTUDIO PRELIMINAR:** Se anotaran las acciones en el mes tendientes a la fijación de la cuota de recuperación mediante el conocimiento primario de los aspectos económicos del paciente.
- 10.- **ESTUDIO CORTO:** Se anotaran las acciones en el mes tendientes a obtener un conocimiento primario de los aspectos psicosociales del paciente que puede reconsiderar los aspectos económicos predeterminados.
- 11.- **ESTUDIO PROFUNDO:** Acciones tendientes a formular la historia psicosocial del paciente y su familia.
- 12.- **ACTUALIZACION DE DATOS:** Acciones tendientes a corroborar la información psicosocial del paciente existente en el expediente clínico, cuando reinicia un tratamiento, solicita otros servicios o estando en proceso de rehabilitación, no ha sido atendido en trabajo social durante más de un año.
- 13.- **TERAPIA INDIVIDUAL:** Acciones tendientes a modificar situaciones que al generar problemas psicosociales les interfieren en el proceso de rehabilitación.
- 14.- **TERAPIA DE GRUPO:** Acciones dirigidas a grupos de pacientes Y/O sus familiares con identificación de problemas psicosociales, tendientes a modificarlos.
- 15.- **REFERENCIA DE CASOS:** Aquellas acciones dirigidas al paciente a recibir atención en otras instituciones y que se acompañan de los antecedentes y la solicitud correspondiente (canalización).
- 16.- **SEGUIMIENTO:** Acciones dirigidas a conocer el resultado del tratamiento de rehabilitación, posteriores al egreso del paciente del centro.

- 17.- **RECUPERACIÓN DE CASOS:** Acciones dirigidas al paciente o a sus familiares con la finalidad de obtener continuidad en los tratamientos interrumpidos.
- 18.- **OTRAS:** Aquellas acciones que no tengan cabida en los grupos anteriores. Se anota el nombre de la comunidad de residencia del paciente.
- 19.- **TOTAL DE EXPEDIENTES**
- 20.- **REFERENCIA A OTRAS INSTITUCIONES;** Se anota el Número total de casos en un mes referidos a otra institución de salud.
- 21.- **CANALIZACIONES AL CREE:** Se anota el Número total de casos en un mes referidos al CREE.
- 22.- **PLATICAS:** Se anota el número total de platicas impartidas a la población.
- 23.- **ASISTENTES A PLATICAS:** Se anota el número total de asistentes a las platicas en un mes.
- 24.- **ALTAS:** se anota el número total de altas que se dieron en un mes.
- 25.- **TOTAL:** Es la suma de las acciones (desde estudio preliminar hasta altas).
- 26.- **OBSERVACIONES:** Cualquier comentario del que se quiera informar.
- 27.- **FIRMA DEL RESPONSANBLE:** Anotar firma y nombre del responsable de la información.
- 28.- **COMUNIDADES ATENDIDAS:** Es el título de la hoja posterior, no lleva anotaciones.
- 29.- **COMUNIDADES:** Informa sobre la comunidad de residencia del paciente cuando este no es del municipio donde se ubica la UBR.
- 30.- **F:** Se anota el número de pacientes femeninos de esa comunidad y en el mes correspondiente.
- 31.- **M:** Se anota el número de pacientes masculinos de esa comunidad y en el mes correspondiente.

SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL

REGISTRO MENSUAL DE ACTIVIDADES

UNIDAD BASICA DE REHABILITACION

TRABAJO SOCIAL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----|--|-----|---|-----|---|------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|--------|--------|-------|---|---|
| MUNICIPIO: | (1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE: | (3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FECHA: | 12 / 1 | | | |
| EDAD: | (4) | | 0-1 | | 1-4 | | 5-11 | | 12-19 | | 20-29 | | 30-39 | | 40-49 | | 50-59 | | 60+ | | TOTAL | | |
| SEXO: | (5) | | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | (8) | | |
| PACIENTES DE 1a. VEZ | (6) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | M | F | |
| PACIENTES SUBSECUENTES | (7) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | M | F |
| ESTUDIO PRELIMINAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTUDIO CORTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTUDIO PROFUNDO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACTUALIZACION DE DATOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TERAPIA INDIVIDUAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TERAPIA EN GRUPO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REFERENCIA DE CASOS (VISITAS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SEGUIMIENTO (VISITAS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RECUPERACION DE CASOS (VISITAS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL DE EXPEDIENTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REFERENCIA A OTRAS INSTITUCIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CANALIZACIONES AL C.R.E.E. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLATICAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ASISTENTES A LAS PLATICAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALTAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA DEL RESPONSABLE: (27) _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL**

REGISTRO MENSUAL DE ACTIVIDADES

UNIDAD BASICA DE REHABILITACION

TRABAJO SOCIAL

MUNICIPIO:

NOMBRE:

FECHA:

| EDAD: | 0-1 | | 1-4 | | 5-11 | | 12-19 | | 20-29 | | 30-39 | | 40-49 | | 50-59 | | 60 > | | TOTAL | |
|------------------------|-----|---|-----|---|------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|------|---|-------|---|
| | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F |
| PACIENTES DE 1a. VEZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PACIENTES SUBSECUENTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ESTUDIO PRELIMINAR

ESTUDIO CORTO

ESTUDIO PROFUNDO

ACTUALIZACION DE DATOS

TERAPIA INDIVIDUAL

TERAPIA EN GRUPO

REFERENCIA DE CASOS (VISITAS)

SEGUIMIENTO (VISITAS)

RECUPERACION DE CASOS (VISITAS)

OTRAS

TOTAL DE EXPEDIENTES

REFERENCIA A OTRAS INSTITUCIONES

CANALIZACIONES AL C.R.E.E.

PLATICAS

ASISTENTES A LAS PLATICAS

ALTAS

TOTAL

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL RESPONSABLE: _____

Guía de llenado para el Formato de registro mensual de actividades de TERAPIA FISICA en UBR.

- 1.- **MUNICIPIO:** Nombre del municipio donde esta ubicada la UBR.
- 2.- **FECHA:** se deberá anotar la fecha de envío de la información.
- 3.- **NOMBRE:** Nombre asignado a la UBR.
- 4.- **EDAD:** en el cuadro de 0-1 se anotaran todos los pacientes vistos en el mes con edad comprendido de recién nacidos a 12 meses; en el cuadro de 1-4, edades comprendidas de 1 a 4 años; en el cuadro de 5 a 11 las edades correspondientes y así sucesivamente.
- 5.- **SEXO:** se anotaran en M todos los pacientes de sexo masculino vistos en el mes y en la columna de edad correspondiente. Se anotaran en F todos los pacientes de sexo femenino vistos en el mes y en la columna de edad correspondiente.
- 6.- **PACIENTES DE 1ª. VEZ:** Se anotaran los pacientes en la columna correspondiente de acuerdo al grupo etario y sexo cuando son vistos por primera vez.
- 7.- **PACIENTES SUBSECUENTES:** Se anotaran los pacientes en la columna correspondiente de acuerdo al grupo etario y sexo cuando son vistos de manera subsecuente.
- 8.- **TOTAL:** Se anotara el total de pacientes vistos en UBR, de todas las edades, en la columna correspondiente según su sexo.
- 9.- **HIDROTERAPIA:** Incluye tanque terapéutico, tina de Hubbard, tina de remolino.
- 10.- **ELECTROTERAPIA:** Incluye estimulación eléctrica, ionizaciones, corrientes diadinámicas, ultrasonidos, diatermias, rayos infrarrojos ultravioletas, compresas químicas, baño de parafina y corrientes interferenciales.
- 11.- **MECANOTERAPIA:** Incluye ejercicios de movilización, de reeducación muscular, ejercicios de resistencia progresiva, ejercicios posturales, ejercicios de colchón, de entrenamiento funcional respiratorio, de relajación, isométricos, de facilitación y reeducación de la marcha, timón, escalerilla, escalera, bicicleta, tracción cefálica o pélvica. Actividades no comprendidas en las anteriores.
- 12.- **PROGRAMA DE CASA;** El conjunto de indicaciones precisas dadas a pacientes Y/O familiares para la realización de ejercicios y rutinas en el hogar para lograr un fin determinado.
- 13.- **ORIENTACIÓN Y MOVILIDAD:** Conceptos, ejercicios de bastón, guía y de ritmo, uso de bastón y guía dentro y fuera de la institución, uso de los medios de comunicación.
- 14.- **OTRAS:** Aquellas que habiéndose realizado no tengan cabida en las anteriores.
- 15.- **REFERENCIA A OTRAS INSTITUCIONES;** Se anota el Número total de casos en un mes referidos a otra institución de salud.
- 16.- **CANALIZACIONES AL CREE:** Se anota el Número total de casos en un mes referidos al CREE.

- 17.- **PLATICAS:** Se anota el número total de platicas impartidas a la población.
- 18.- **ASISTENTES A PLATICAS:** Se anota el número total de asistentes a las platicas en un mes.
- 19.- **ALTAS:** se anota el número total de altas que se dieron en un mes.
- 20.- **TOTAL:** Es la suma de las acciones (desde estudio preliminar hasta altas).
- 21.- **OBSERVACIONES:** Cualquier comentario del que se quiera informar.
- 22.- **FIRMA DEL RESPONSABLE:** Anotar firma y nombre del responsable de la información.
- 23.- **COMUNIDADES ATENDIDAS:** Es el título de la hoja posterior, no lleva anotaciones.
- 24.- **COMUNIDADES:** Informa sobre la comunidad de residencia del paciente cuando este no es del municipio donde se ubica la UBR.
- 25.- **F:** Se anota el número de pacientes femeninos de esa comunidad y en el mes correspondiente.
- 26.- **M:** Se anota el número de pacientes masculinos de esa comunidad y en el mes correspondiente.

Guía de llenado para el Formato de registro mensual de actividades de CONSULTA MEDICA en UBR

- 1.- **MUNICIPIO:** Nombre del municipio donde esta ubicada la UBR.
- 2.- **FECHA:** se deberá anotar la fecha de envío de la información
- 3.- **NOMBRE:** Nombre asignado a la UBR.
- 4.- **EDAD:** en el cuadro de 0-1 se anotaran todos los pacientes vistos en el mes con edad comprendido de recién nacidos a 12 meses; en el cuadro de 1-4, edades comprendidas de 1 a 4 años; en el cuadro de 5 a 11 las edades correspondientes y así sucesivamente.
- 5.- **SEXO:** se anotaran en M todos los pacientes de sexo masculino vistos en el mes y en la columna de edad correspondiente. Se anotaran en F todos los pacientes de sexo femenino vistos en el mes y en la columna de edad correspondiente.
- 6.- **PACIENTES DE 1ª. VEZ:** Se anotaran los pacientes en la columna correspondiente de acuerdo al grupo etario y sexo cuando son vistos por primera vez.
- 7.- **PACIENTES SUBSECUENTES:** Se anotaran los pacientes en la columna correspondiente de acuerdo al grupo etario y sexo cuando son vistos de manera subsecuente.
- 8.- **TOTAL:** Se anotara el total de pacientes vistos en UBR, de todas las edades, en la columna correspondiente según su sexo.
- 9.- **REFERENCIA A OTRAS INSTITUCIONES;** Se anota el Número total de casos en un mes referidos a otra institución de salud.
- 10.- **CANALIZACIONES AL CREE:** Se anota el Número total de casos en un mes referidos al CREE.
- 11.- **PLATICAS:** Se anota el número total de platicas impartidas a la población.
- 12.- **ASISTENTES A PLATICAS:** Se anota el número total de asistentes a las platicas en un mes.
- 13.- **ALTAS:** se anota el número total de altas que se dieron en un mes.
- 14.- **TOTAL:** Es la suma de las acciones (desde estudio preliminar hasta altas).
- 15.- **OBSERVACIONES:** Cualquier comentario del que se quiera informar.
- 16.- **FIRMA DEL RESPONSANBLE:** Anotar firma y nombre del responsable de la información.
- 17.- **COMUNIDADES ATENDIDAS:** Es el titulo de la hoja posterior. no lleva anotaciones.
- 18.- **COMUNIDADES:** Informa sobre la comunidad de residencia del paciente cuando este no es del municipio donde se ubica la UBR.
- 19.- **F:** Se anota el número de pacientes femeninos de esa comunidad y en el mes correspondiente.
- 20.- **M:** Se anota el número de pacientes masculinos de esa comunidad y en el mes correspondiente

**SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL**

REGISTRO MENSUAL DE ACTIVIDADES

UNIDAD BASICA DE REHABILITACION

CONSULTA MEDICA

MUNICIPIO: (1) _____

NOMBRE: (3) _____ FECHA: (2) _____

EDAD: (4) 0-1 1-4 5-11 12-19 20-29 30-39 40-49 50-59 60 >

SEXO: (5) M F M F M F M F M F M F M F M F M F TOTAL (8)

PACIENTES DE 1a. VEZ (6) _____

PACIENTES SUBSECUENTES (7) _____

REFERENCIA A OTRAS INSTITUCIONES (9) _____

CANALIZACIONES AL CREE (10) _____

PLATICAS (11) _____

ASISTENTES (12) _____

ALTAS (13) _____

TOTAL (14) _____

OBSERVACIONES: (15) _____

FIRMA DEL RESPONSABLE: (16) _____

Guía de llenado para el Formato de registro mensual
de actividades de PSICOLOGIA en UBR

- 1.- **MUNICIPIO:** Nombre del municipio donde esta ubicada la UBR.
- 2.- **FECHA:** se deberá anotar la fecha de envío de la información
- 3.- **NOMBRE:** Nombre asignado a la UBR.
- 4.- **EDAD:** en el cuadro de 0-1 se anotaran todos los pacientes vistos en el mes con edad comprendido de recién nacidos a 12 meses; en el cuadro de 1-4, edades comprendidas de 1 a 4 años; en el cuadro de 5 a 11 las edades correspondientes y así sucesivamente.
- 5.- **SEXO:** se anotaran en M todos los pacientes de sexo masculino vistos en el mes y en la columna de edad correspondiente. Se anotaran en F todos los pacientes de sexo femenino vistos en el mes y en la columna de edad correspondiente.
- 6.- **PACIENTES DE 1ª. VEZ:** Se anotaran los pacientes en la columna correspondiente de acuerdo al grupo etario y sexo cuando son vistos por primera vez.
- 7.- **PACIENTES SUBSECUENTES:** Se anotaran los pacientes en la columna correspondiente de acuerdo al grupo etario y sexo cuando son vistos de manera subsecuente.
- 8.- **TOTAL:** Se anotara el total de pacientes vistos en UBR, de todas las edades, en la columna correspondiente según su sexo.
- 9.- **ESTUDIO:** Actividades tendientes al establecimiento de un diagnóstico. Incluye orientación psicológica, prueba de capacidad intelectual, de detección, de organicidad, de personalidad y de habilidades y aptitudes, supervisión de casos.
- 10.- **TERAPIA INDIVIDUAL Y GRUPAL:** actividades tendientes a modificar un estado diagnóstico. Incluye orientación psicológica a la familia y/o al paciente, orientación vocacional (rehabilitación profesional) psicoterapia individual y/o de grupo superficial o profunda, sesiones informativas y terapia perceptual.
- 11.- **OTRAS:** Actividades no comprendidas en las anteriores.
- 12.- **REFERENCIA A OTRAS INSTITUCIONES;** Se anota el Número total de casos en un mes referidos a otra institución de salud.
- 13.- **CANALIZACIONES AL CREE:** Se anota el Número total de casos en un mes referidos al CREE.
- 14.- **PLATICAS:** Se anota el número total de platicas impartidas a la población.
- 15.- **ASISTENTES A PLATICAS:** Se anota el número total de asistentes a las platicas en un mes.
- 16.- **ALTAS:** se anota el número total de altas que se dieron en un mes.
- 17.- **TOTAL:** Es la suma de las acciones (desde estudio preliminar hasta altas).
- 18.- **OBSERVACIONES:** Cualquier comentario del que se quiera informar.
- 19.- **FIRMA DEL RESPONSABLE:** Anotar firma y nombre del responsable de la información.

- 20.- **COMUNIDADES ATENDIDAS:** Es el titulo de la hoja posterior. no lleva anotaciones.
- 21.- **COMUNIDADES:** Informa sobre la comunidad de residencia del paciente cuando este no es del municipio donde se ubica la UBR.
- 22.- **F:** Se anota el número de pacientes femeninos de esa comunidad y en el mes correspondiente.
- 23.- **M:** Se anota el número de pacientes masculinos de esa comunidad y en el mes correspondiente.

**SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA/
CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL**

REGISTRO MENSUAL DE ACTIVIDADES

UNIDAD BASICA DE REHABILITACION

PSICOLOGIA

MUNICIPIO: (1) _____

NOMBRE: (3) _____ FECHA: (2) _____

| EDAD: (4) | 0-1 | | 1-4 | | 5-11 | | 12-19 | | 20-29 | | 30-39 | | 40-49 | | 50-59 | | 60 > | | TOTAL (8) | |
|----------------------------|-----|---|-----|---|------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|------|---|--------------|--|
| | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | | |
| PACIENTES DE 1a. VEZ (6) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PACIENTES SUBSECUENTES (7) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ESTUDIO (9) _____

TERAPIA INDIVIDUAL Y GRUPO (10) _____

OTRAS (11) _____

REFERENCIA A OTRAS INSTITUCIONES (12) _____

CANALIZACIONES AL C.R.E. (13) _____

PLATICAS (14) _____

ASISTENTES A LAS PLATICAS (15) _____

ALTAS (16) _____

TOTAL (17) _____

OBSERVACIONES: (18)

FIRMA DEL RESPONSABLE: (19) _____

**SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL**

REGISTRO MENSUAL DE ACTIVIDADES

UNIDAD BASICA DE REHABILITACION

PSICOLOGIA

MUNICIPIO: _____

NOMBRE: _____

FECHA: _____

| EDAD: | 0-1 | | 1-4 | | 5-11 | | 12-19 | | 20-29 | | 30-39 | | 40-49 | | 50-59 | | 60 > | | TOTAL | | |
|------------------------|-----|---|-----|---|------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|------|---|-------|---|--|
| | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | |
| PACIENTES DE 1a. VEZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PACIENTES SUBSECUENTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ESTUDIO

TERAPIA INDIVIDUAL Y GRUPAL

OTRAS

REFERENCIA A OTRAS INSTITUCIONES

CANALIZACIONES AL C.R.E.E.

PLATICAS

ASISTENTES A LAS PLATICAS

ALTAS

TOTAL

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL RESPONSABLE: _____

COMUNIDADES ATENDIDAS

COMUNIDADES

F

M

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50

Guía de llenado para el Formato de registro mensual
de actividades de **TERAPIA DE LENGUAJE** en UBR.

- 1.- **MUNICIPIO:** Nombre del municipio donde esta ubicada la UBR.
- 2.- **FECHA:** se deberá anotar la fecha de envío de la información
- 3.- **NOMBRE:** Nombre asignado a la UBR.
- 4.- **EDAD:** en el cuadro de 0-1 se anotaran todos los pacientes vistos en el mes con edad comprendido de recién nacidos a 12 meses; en el cuadro de 1-4, edades comprendidas de 1 a 4 años; en el cuadro de 5 a 11 las edades correspondientes y así sucesivamente.
- 5.- **SEXO:** se anotaran en M todos los pacientes de sexo masculino vistos en el mes y en la columna de edad correspondiente. Se anotaran en F todos los pacientes de sexo femenino vistos en el mes y en la columna de edad correspondiente.
- 6.- **PACIENTES DE 1ª. VEZ:** Se anotaran los pacientes en la columna correspondiente de acuerdo al grupo etario y sexo cuando son vistos por primera vez.
- 7.- **PACIENTES SUBSECUENTES:** Se anotaran los pacientes en la columna correspondiente de acuerdo al grupo etario y sexo cuando son vistos de manera subsecuente.
- 8.- **TOTAL:** Se anotara el total de pacientes vistos en UBR, de todas las edades, en la columna correspondiente según su sexo.
- 9.- **EXAMEN DE LENGUAJE:** Es la valoración inicial que realiza el terapeuta para dar comienzo al programa de terapia.
- 10.- **PROBLEMA DE RECEPCION:** Incluye toda terapia dada a los hipoacúsicos; estimulación temprana auditiva y sensorial, discriminación auditiva gruesa y fina, localización de fuente sonora, comprensión para la lectura labio-facial, articulación y estructuración del lenguaje, claves, ritmo y lecto-escritura.
- 11.- **PROBLEMA DE INTEGRACION:** Incluye toda terapia dada a pacientes con problemas de comunicación por compromiso del sistema nervioso central como problemas en la simbolización del lenguaje, afasias, problemas de lenguaje en la infancia, problemas de aprendizaje: Percepción multisensorial, memoria auditiva y visual, comprensión y atención construcción y estructuración, nociones temporoespaciales, lateralidad, esquema corporal, psicomotricidad.
- 12.- **PROBLEMA DE EXPRESIÓN:** Incluye toda terapia dada a pacientes con problemas de habla y voz como disfemia, disartria, disfonía, secuela de paladar hendido, laringectomizados: Respiración en tres posiciones, relajación, soplo y succión, ritmo, lengua, paladar, orofaciales, vocalización y articulación.
- 13.- **PROGRAMA DE CASA:** Incluye las indicaciones para la terapia en casa.
- 14.- **OTRAS:** Aquellas que habiéndose realizado no tengan cabida en las anteriores.
- 15.- **REFERENCIA A OTRAS INSTITUCIONES:** Se anota el Número total de casos en un mes referidos a otra institución de salud.

- 16.- **CANALIZACIONES AL CREE:** Se anota el Número total de casos en un mes referidos al CREE.
- 17.- **PLATICAS:** Se anota el número total de platicas impartidas a la población.
- 18.- **ASISTENTES A PLATICAS:** Se anota el número total de asistentes a las platicas en un mes.
- 19.- **ALTAS:** se anota el número total de altas que se dieron en un mes.
- 20.- **TOTAL:** Es la suma de las acciones (desde estudio preliminar hasta altas).
- 21.- **OBSERVACIONES:** Cualquier comentario del que se quiera informar.
- 22.- **FIRMA DEL RESPONSANBLE:** Anotar firma y nombre del responsable de la información.
- 23.- **COMUNIDADES ATENDIDAS:** Es el titulo de la hoja posterior, no lleva anotaciones.
- 24.- **COMUNIDADES:** Informa sobre la comunidad de residencia del paciente cuando este no es del municipio donde se ubica la UBR.
- 25.- **F:** Se anota el número de pacientes femeninos de esa comunidad y en el mes correspondiente.
- 26.- **M:** Se anota el número de pacientes masculinos de esa comunidad y en el mes correspondiente.

**SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL**

REGISTRO MENSUAL DE ACTIVIDADES

UNIDAD BASICA DE REHABILITACION

TERAPIA DE LENGUAJE

MUNICIPIO: _____

NOMBRE: _____ FECHA: _____

| EDAD: | 0-1 | | 1-4 | | 5-11 | | 12-19 | | 20-29 | | 30-39 | | 40-49 | | 50-59 | | 60 > | | TOTAL | | |
|----------------------------------|-----|---|-----|---|------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|------|---|-------|---|--|
| | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | |
| PACIENTES DE 1a. VEZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PACIENTES SUBSECUENTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXAMEN DE LENGUAJE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROBLEMAS DE RECEPCION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROBLEMAS DE INTEGRACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROBLEMAS DE EXPRESION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROGRAMA DE CASA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL DE EXPEDIENTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REFERENCIA A OTRAS INSTITUCIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CANALIZACIONES AL C.R.E.E. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLATICAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ASISTENTES A LAS PLATICAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALTAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL RESPONSABLE: _____

Guía de llenado para el Formato de registro mensual de actividades de TERAPIA OCUPACIONAL en UBR.

- 1.- **MUNICIPIO:** Nombre del municipio donde esta ubicada la UBR.
- 2.- **FECHA:** se deberá anotar la fecha de envío de la información.
- 3.- **NOMBRE:** Nombre asignado a la UBR.
- 4.- **EDAD:** en el cuadro de 0-1 se anotaran todos los pacientes vistos en el mes con edad comprendido de recién nacidos a 12 meses; en el cuadro de 1-4, edades comprendidas de 1 a 4 años; en el cuadro de 5 a 11 las edades correspondientes y así sucesivamente.
- 5.- **SEXO:** se anotaran en M todos los pacientes de sexo masculino vistos en el mes y en la columna de edad correspondiente. Se anotaran en F todos los pacientes de sexo femenino vistos en el mes y en la columna de edad correspondiente.
- 6.- **PACIENTES DE 1ª. VEZ:** Se anotaran los pacientes en la columna correspondiente de acuerdo al grupo etario y sexo cuando son vistos por primera vez.
- 7.- **PACIENTES SUBSECUENTES:** Se anotaran los pacientes en la columna correspondiente de acuerdo al grupo etario y sexo cuando son vistos de manera subsecuente.
- 8.- **TOTAL:** Se anotara el total de pacientes vistos en UBR, de todas las edades, en la columna correspondiente según su sexo.
- 9.- **VALORACIÓN** Se anotara el total de pacientes que se valoraron para determinar capacidades e incapacidades en la funcionalidad, fuerza, habilidades, sensibilidad, desarrollo y actividades.
- 10.- **ADIESTRAMIENTO Y/O TRATAMIENTO:** Se anotara el número de pacientes en entrenamiento de actividades de la vida diaria que son deficientes, con o sin el uso de prótesis, así como el adiestramiento laboral en un trabajo determinado o de acuerdo con las capacidades del paciente con fines remunerativos.
- 11.- **ELABORACIÓN:** Se anotara el número de programas de casa otorgados con indicaciones precisas a pacientes Y/O familiares para la realización de ejercicios y rutinas en el hogar con una finalidad determinada, así como la elaboración de férulas funcionales y aditamentos especiales.
- 12.- **OTRA:** Se anotaran todas aquellas actividades que habiéndose realizado no tengan cabida en los grupos anteriores.
- 13.- **TOTAL:** Es la suma de las acciones previamente referidas.
- 14.- **OBSERVACIONES:** Cualquier comentario del que se quiera informar.
- 15.- **FIRMA DEL RESPONSABLE:** Anotar firma y nombre del responsable de la información.
- 16.- **COMUNIDADES ATENDIDAS:** Es el título de la hoja posterior, no lleva anotaciones.
- 17.- **COMUNIDADES:** Informa sobre la comunidad de residencia del paciente cuando este no es del municipio donde se ubica la UBR.

- 18.- F: Se anota el número de pacientes femeninos de esa comunidad y en el mes correspondiente.
- 19.- M: Se anota el número de pacientes masculinos de esa comunidad y en el mes correspondiente

**SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL**

REGISTRO MENSUAL DE ACTIVIDADES

UNIDAD BASICA DE REHABILITACION

TERAPIA OCUPACIONAL

MUNICIPIO: _____

NOMBRE: _____

FECHA: _____

| EDAD: | 0-1 | | 1-4 | | 5-11 | | 12-19 | | 20-29 | | 30-39 | | 40-49 | | 50-59 | | 60 > | | TOTAL | | |
|------------------------|-----|---|-----|---|------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|------|---|-------|---|--|
| | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | |
| PACIENTES DE 1a. VEZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PACIENTES SUBSECUENTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VALORACIÓN

ADIESTRAMIENTO Y/O TRATAMIENTO

ELABORACION

TOTAL DE EXPEDIENTES

TOTAL

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL RESPONSABLE: _____

COMUNIDADES ATENDIDAS

COMUNIDADES

F

M

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA



REGISTRO MENSUAL DE REHABILITACION CON PARTICIPACION COMUNITARIA

| | | |
|--------------------------|--|--------------------------|
| CLAVE DEL CENTRO: | NOMBRE DEL CENTRO DE REHABILITACION: | FECHA: (AÑO/MES): |
| No. DE CREDENCIAL | NOMBRE (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)): | |

| DESCRIPCION | CLAVE | ACTIVIDAD | |
|-----------------------|-------|-----------|----------------|
| | | COMUNIDAD | MODALIDAD U.B. |
| CAPACITACION | 1 | | |
| RECAPACITACION | 2 | | |
| ELAB. DE CEDULAS | 3 | | |
| PERFIL DE INVALIDEZ | 4 | | |
| REUNION DE AUTOR. | 5 | | |
| PLATICA | 6 | | |
| ASISTENTES | 7 | | |
| CARTELES | 8 | | |
| MENSAJES | 9 | | |
| APLIC. CUEST. DETECC. | 10 | | |
| VALORACION | 11 | | |
| REFERENCIA | 12 | | |
| ORIENTACION | 13 | | |
| ASESORIA | 14 | | |
| TERAPIA | 15 | | |
| ALTAS | 16 | | |

DIRECCION DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
SUBDIRECCION DE REHABILITACIÓN
DEPARTAMENTO DE UNIDADES OPERATIVAS EN LOS ESTADOS
PRODUCTIVIDAD IDEAL POR AREA SEGÚN JORNADA LABORAL

| AREA | UNIDAD DE MEDIDA | TIEMPO DESIGNADO | JORNADA DE 8 HORAS | | JORNADA DE 6 HORAS | | JORNADA DE 5 HORAS | | JORNADA DE 4 HORAS | |
|--------------------------|------------------|------------------|--------------------|-----|--------------------|-----|--------------------|-----|--------------------|-----|
| | | | DIA | MES | DIA | MES | DIA | MES | DIA | MES |
| Consulta medica | Consulta | 30' | 12 | 240 | 8 | 160 | 8 | 160 | 8 | 160 |
| Psicología | Consulta | 30' | 12 | 240 | 8 | 160 | 8 | 160 | 8 | 160 |
| Trabajo social | Consulta | 20' | 18 | 360 | 12 | 240 | 12 | 240 | 12 | 240 |
| Terapia fisica | Sesión | 20' | 18 | 360 | 12 | 240 | 12 | 240 | 12 | 240 |
| Terapia ocupacional | Sesión | 30' | 12 | 240 | 8 | 160 | 8 | 160 | 8 | 160 |
| Terapia de lenguaje | Sesión | 45' | 8 | 160 | 6 | 120 | 6 | 120 | 6 | 120 |
| Protesis y Ortesis | Pieza termin. | 1.5 | 1.5 | 30 | 1 | 20 | 1 | 20 | 1 | 20 |
| Auxiliar de terapias | Sesión | 20' | 18 | 360 | 12 | 240 | 12 | 240 | 12 | 240 |
| Auxiliar de enfermería | Consulta | 20' | 18 | 360 | 12 | 240 | 12 | 240 | 12 | 240 |
| Optometrista | Consulta | 30' | 12 | 240 | 8 | 160 | 8 | 160 | 8 | 160 |
| Técnico radiólogo | Placa | 30' | 12 | 240 | 8 | 160 | 8 | 160 | 8 | 160 |
| Tec. E. E. G. y E. M. G. | Estudio | 60' | 6 | 120 | 6 | 120 | 6 | 120 | 6 | 120 |
| Tec. en audiometría | Estudio | 60' | 6 | 120 | 6 | 120 | 6 | 120 | 6 | 120 |

Se consideran 20 días hábiles por mes

ANEXO 6

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL

PROPUESTA DE TABULADOR DE CUOTAS DE RECUPERACION

| SERVICIO | A MAXIMA \$ | B MEDIO \$ | C MINIMA \$ | D APORTACION \$ | E EXENTO \$ |
|---|-------------------|------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|
| PRECONSULTA | 0.00 | 0.00 | | | |
| CONSULTA MEDICA | 85.00 | 60.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| PSICOLOGIA | 70.00 | 50.00 | 40.00 | 20.00 | |
| TERAPIA DE GRUPO | 40.00 | 30.00 | 30.00 | 15.00 | |
| SESION DE TERAPIA | 45.00 | 30.00 | 20.00 | 15.00 | |
| HIDROTERAPIA | 70.00 | 50.00 | 20.00 | 15.00 | |
| FERULA DINAMICA O FUNCIONAL P/MANO ADULTO | 70.00 | | 40.00 | 30.00 | |
| FERULA DE YESO PARA DEDOS | | 60.00 | 50.00 | 40.00 | 40.00 |
| ARREGLO DE FERULAS | 50.00 | 40.00 | 30.00 | 30.00 | 30.00 |
| FERULA DE YESO P/PIERNA GRANDE CHICA | 130.00 90.00 | 110.00 70.00 | 90.00 50.00 | 70.00 40.00 | 50.00 20.00 |
| FERULA DE YESO P/TOBILLO GRANDE CHICA | 80.00 65.00 | 60.00 55.00 | 50.00 40.00 | 40.00 30.00 | 20.00 15.00 |
| FERULA DE YESO FUNCIONAL INFANTIL | 50.00 | 40.00 | 30.00 | 30.00 | 30.00 |