



**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 ESPERANZA 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 notas
14. Control y Seguimiento
15. Proceso de entrega-recepción
16. Anexos

1. INTRODUCCION

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 sustentará su funcionamiento, el objetivo que tiene encomendado y la descripción de las funciones que se deben realizar para su operación.

Además el manual unificará los criterios de operación de las Unidades Básicas de Rehabilitación para optimizar la prestación de los 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 ciertos 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, fracciones 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 celebrada 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 los 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 establecida.
- 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 Incorporación del tabulador; las cantidades de cada clasificación de tipo serán determinadas por el DIF Municipal.
- Gestionará el equipo a asignarse en comodato de acuerdo al municipio 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 2= perfil de puesto).
- Las constancias de aviso de funcionamiento y responsable sanitario deberán estar colocadas 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 valoración 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.B.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)				
	MÁXIMA \$	MEDIA \$	MINIMA \$	APORTACIÓN \$	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 equipamiento, 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 CLÍNICO

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:

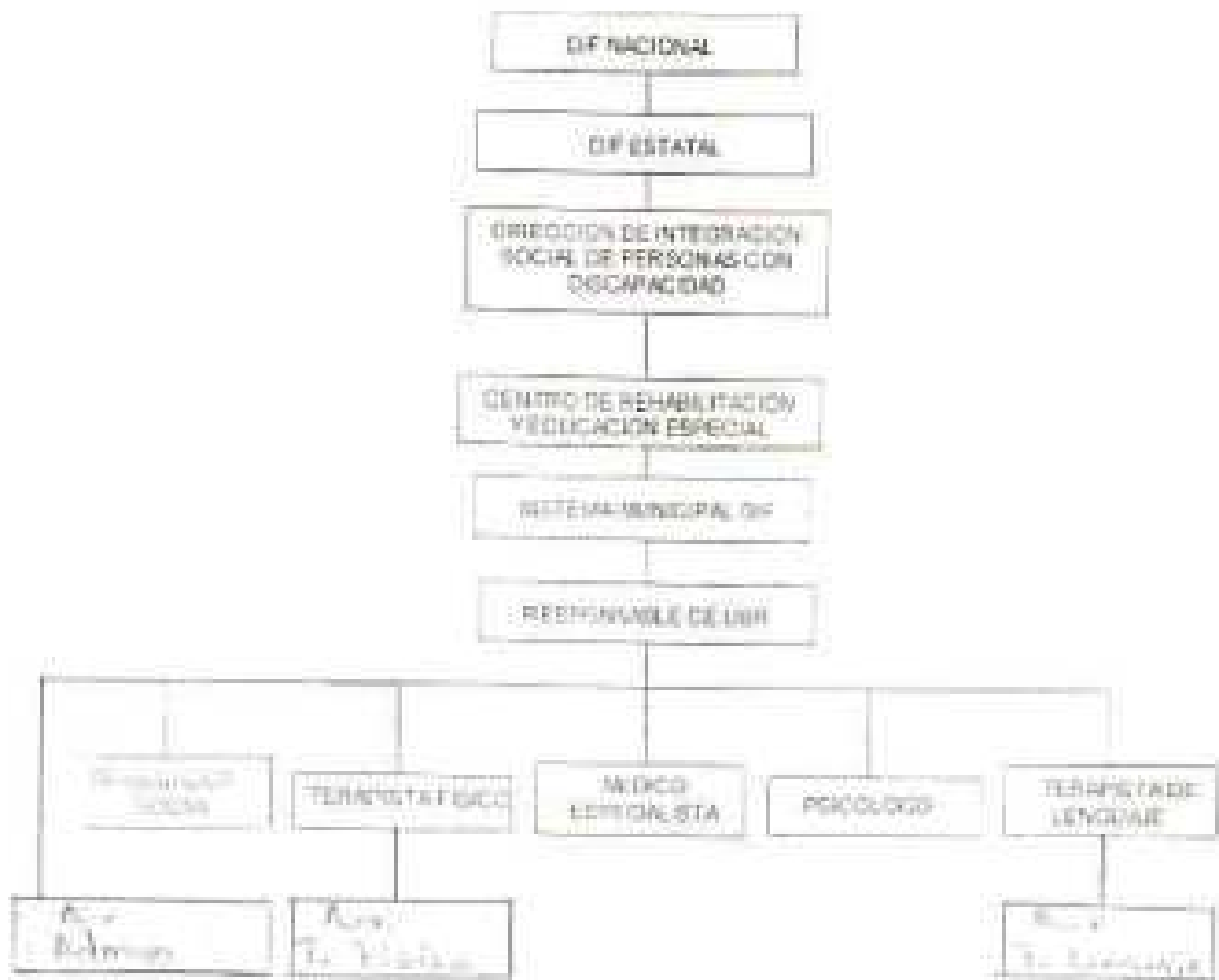
1. Hoja frontal
2. Hoja de prevaloración
3. Historia clínica
4. Notas Médicas (subsecuentes)
5. Inter consultas**
6. Hoja de Alta **
7. Notas de Terapia Física
8. Notas de Terapia Ocupacional*
9. Notas de Terapia de lenguaje*
10. Informe Psicológico*
11. Estudio Social corto
12. Resultados de exámenes 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 cuenta con ellos. No se deberán incluir hojas en blanco

*** ver formatos en el anexo I

11. ESTRUCTURA ORGANICA



13. 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 Terapeuta 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 Terapeuta Físico, el Psicólogo Clínico y Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación.

Para las Unidades tipo "A" se considera **personal indispensable** a la Trabajadora Social, Terapeuta Físico, Psicólogo Clínico, Terapeuta 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 está constituido por el Médico especialista de Rehabilitación, Terapeuta Físico, Trabajadora Social, Psicólogo Clínico, Terapeuta de Lenguaje. En estos casos se deberá contar también con una unidad administrativa del CRI y con Coordinador General del Centro. (El personal 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 será la persona 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 a través de las actividades de promoción de servicios, detecciones y atención en el lugar donde está instalado la UBR y en sus alrededores.

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 Terapeuta 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 Terapeuta Físico, el Psicólogo Clínico y Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación.

Para las Unidades tipo "A" se considera **personal indispensable** a la Trabajadora Social, Terapeuta Físico, Psicólogo Clínico, Terapeuta 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 está constituido por el Médico especialista de Rehabilitación; Terapeuta Físico, Trabajadora Social, Psicólogo Clínico, Terapeuta 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 está 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 o 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 Trabaja en equipo Gestión Control Iniciativa Liderazgo Comunicación
EDAD:	Mayor de 25 años.
INTERRELACION:	DIF Estatal Sistema Municipal DIF C.R.E.E Dependencias Públicas o Privadas del Municipio

AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN

1. Programar, organizar y supervisar las áreas de Consulta y Terapia.
2. Realizar supervisión de UBR regularmente 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 estatus socioeconómico.
11. Llevar un registro de ingresos y egresos de las cuotas de recuperación.
12. Generar un trato amable y con respeto a los usuarios, compañeros y pública 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 trámites 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. Archivar 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. Canalizar 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
- Diagnóstico
- 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, anotará 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 referencia

15. Tener un trato amable y con respeto a los usuarios, familiares y Población en General.

Elaborado por: **DR. JOSÉ LUIS GONZÁLEZ**

Centro de Atención al Usuario - Unidad de Atención Especializada

PUESTO:	LIC. TERAPIA FÍSICA, TÈC. 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 ODF Responsable de UERS Personal de UER 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 subsiguientes 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 subsiguiente, 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 vistas a las comunidades.
9. Participar en pláticas sobre prevención de discapacidades y procesos discapacitantes proporcionadas a pacientes y familiares que acceden a la UOP 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. Mantener un trato amable y con respeto a los usuarios, compañeros y Plática en General.
14. Faltar puntual durante la jornada laboral.
15. Mantener en buenas condiciones y orden su área de trabajo.
16. Cumplirse al horario que el SHDIF le marque.
17. Acudir a las reparaciones que se convoquen en el CREC.
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

AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL MEDICO ESPECIALISTA

1. Atender la consulta medica y consignar en el expediente clínico el tratamiento prescrito.
2. Revisar los estudios para-clínicos 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 clínico.
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 término 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 cuentan con el Recurso Humano .

PUESTO:	PSICOLOGO CLINICO
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 Manoal Iniciativa Vivo motor Verbal Comunicación Análisis y Síntesis
EDAD:	Mayor de 21 años
INTERRELACION:	Sistema Municipal de DIP 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 fílpin durante la jornada laboral.
9. Cuidar el material de Trabajo y ordenarlo al término de la jornada.
10. Ofrecer un trato amable y con respeto a los usuarios, compañeros y Público 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 realizará 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 de 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 15 del mes en curso al día 15 del mes siguiente de cada mes, y enviada al CREE en un periodo 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 CREB 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 cuentas 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 OIF-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 expediente o folio).

- 1) expedientes de pacientes activos.
- 2) expedientes de pacientes dados de alta.
- 3) expedientes de pacientes que abandonaron su tratamiento.

- Listado de los expedientes activos (notas médicas, terapéuticas, 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 funcionamiento 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).

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 de que particulares hayan donado material didáctico, material o equipo este deberá continuarse utilizando para los fines que fue donado, *la atención a personas con discapacidad* y quedará 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.

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 Médicas
- Hoja de Aita
- 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 Médica, 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 I

ESPECIFICACIONES PARA CONSIDERAR EN LA CONSTRUCCION DE LAS UNIDADES BASICAS DE REHABILITACION (UBR)

Área sugerida de la superficie de construcción:

Tipo "A" 180 m²

Tipo "B" 135 m²

Tipo "C" 90 m²

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) notar 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 (.60x 3.90 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 2.0 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 1/2 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 1/2 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.B.R. MODALIDADES TERAPÉUTICAS 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.



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

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL: ESTUDIO PRELIMINAR

FECHA DE ESTUDIO: _____ CLASIFICACION: _____

NOMBRE: _____ No. DE EXP: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ EDO. CIVIL: _____

ESCOLARIDAD: _____ OCUPACION: _____ TEL.: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ DOMICILIO: _____

SERVICIO: _____

MOTIVO DE ESTUDIO: _____

ESTRUCTURA FAMILIAR

MIEMBROS DE LA FAMILIA (NOMBRE)	PARIENTESCO	EDAD	EDO. CIVIL	OCUPACION: ESCOLARIDAD
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

DATOS ECONOMICOS

INGRESOS

PADRE: _____

MADRE: _____

OTROS: _____

TOTAL DE INGRESOS: _____

EGRESOS

RENTA O PAGO DE CASA: _____

ALIMENTACION: _____

AGUA, LUZ, TEL.: _____

EDUCACION: _____

RENTAS: _____

OTROS: _____

TOTAL DE EGRESOS: _____

NOMBRE DE: _____

ANEXO 2

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACION / ESCOLARIDAD

MIEMBROS SEPARADOS:

OBSERVACIONES DE LA RELACION MINUSVALIDO / FAMILIAR

DESCRIPCION DEL PROBLEMA DE MINUSVALIA.

A 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.

DATOS ECONOMICOS

I N G R E S O S

E G R E S O S

PADRE		RENTA O PAGO DE CASA	
MADRE		ALIMENTACION-VESTIDO	
HERMANOS		AGUA, LUZ Y TELEFONO	
MINUSVALIDO		EDUCACION	
ESPOSO(A)		PASAJES	
OTROS		ABONOS	
		OTROS	
TOTAL DE INGRESOS		TOTAL DE EGRESOS	

TIPO DE VIVIENDA **PROPIA** _____ **RENTADA** _____ **PRESTADA** _____
 SALA _____ **COMEDOR** _____ **PISO** _____

UNITARIO **SI** _____ **NO** _____ **TIPO** _____

ANIMALES DOMESTICOS _____ **OTROS** _____

ACCESIBILIDAD PARA DEAMBULACION DEL MINUSVALIDO:

ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y CULTURALES DEL MINUSVALIDO Y SU FAMILIA

PROBLEMAS FAMILIARES, ECONOMICOS Y CONDUCTA SENTIDOS POR LA FAMILIA

CURSOS FAMILIARES QUE PUEDEN CONTRIBUIR A LA REHABILITACION DEL MINUSVALIDO

Ocupacion del tiempo libre del MINUSVALIDO

NOMBRE, PROFESION Y FECHA CREDENCIAL

INFORME DE TRABAJO SOCIAL

FECHA Y HORA

NOTAS

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.



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 FAMILIA
DIRECCIÓN DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL
CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL
S. L. P.**

DIF

HOJA DE PREVALORACION

NOMBRE	
EDAD	SEXO
OCCUPACION	
ENVIADO POR	
DERECHOHABIENTE DE	
DOMICILIO	TEL.
FECHA	

IMPRESION DIAGNOSTICA

CANALIZACION

SE SUGIERE VALORACION POR:

- MEDICINA DE REHABILITACION
- COMUNICACION 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

EL 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

INFORMACIONES FAMILIARES:

PERSONAS AFECTADAS:

PERSONAS AFECTADAS:

EXPLORACION FISICA

PESO	ESTATURA	PULSO	TENSION ARTERIAL	TEMPERATURA	RESPIRACION
------	----------	-------	------------------	-------------	-------------

INSPECCION GENERAL

MARCHA

POSTURA

CABEZA Y CUELLO

PEL Y PIEL

TORAX

PADECIMIENTO ACTUAL

APARATOS Y SISTEMAS

EXAMENES PREVIOS

TERAPIAS Y CONDUCTA

DIAGNOSTICOS PREVIOS

MIEMBROS SUPERIORES

MIEMBROS INFERIORES

A. D. V. H.

DIAGNOSTICO NOSOLOGICO Y DE INVALIDEZ

PRONOSTICO DE REHABILITACION

TRATAMIENTO INTEGRAL

NOMBRE Y No. DE CREDENCIAL

DIF

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

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

SECUELAS

EXAMENES DE LABORATORIO

ESTUDIOS DE GABINETE

MOTIVO DE ALTA

SERVICIOS OTORGADOS

ALTA PARA

FECHA DE ALTA

NOMBRE FIRMA Y No. DE CREDENCIAL

DIA MES AÑO



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

NOMBRE Y N° DE EXPEDIENTE

EDAD

SEXO

NOTAS DE TERAPIA FISICA

FECHA
Y
HORA

NOTAS

FECHA
Y
HORA

NOTAS

ANEXO 4

COMPTON COUNTY PARKS & RECREATION DEPARTMENT EQUIPMENT PURCHASE REQUEST FORM



Item #	Description	Fiscal Year												Total	Approved (Y/N)	Priority	
		2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031				
1	Item 1 Description																
2	Item 2 Description																
3	Item 3 Description																
4	Item 4 Description																
5	Item 5 Description																
6	Item 6 Description																
7	Item 7 Description																
8	Item 8 Description																
9	Item 9 Description																
10	Item 10 Description																
11	Item 11 Description																
12	Item 12 Description																
13	Item 13 Description																
14	Item 14 Description																
15	Item 15 Description																
16	Item 16 Description																
17	Item 17 Description																
18	Item 18 Description																
19	Item 19 Description																
20	Item 20 Description																
21	Item 21 Description																
22	Item 22 Description																
23	Item 23 Description																
24	Item 24 Description																
25	Item 25 Description																
26	Item 26 Description																
27	Item 27 Description																
28	Item 28 Description																
29	Item 29 Description																
30	Item 30 Description																
31	Item 31 Description																
32	Item 32 Description																
33	Item 33 Description																
34	Item 34 Description																
35	Item 35 Description																
36	Item 36 Description																
37	Item 37 Description																
38	Item 38 Description																
39	Item 39 Description																
40	Item 40 Description																
41	Item 41 Description																
42	Item 42 Description																
43	Item 43 Description																
44	Item 44 Description																
45	Item 45 Description																
46	Item 46 Description																
47	Item 47 Description																
48	Item 48 Description																
49	Item 49 Description																
50	Item 50 Description																

Item 1 Description

Item 2 Description

Item 3 Description

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

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
Terpista Fijo	1,867	2,034	167	-8.2%

EJEMPLO

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

113 Días laborados en el periodo 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.- **ACTUALIZACIÓN 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.- **RECUPERACION 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 RESPONSABLE:** 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

ALACRINO:																	FECHA:			
NOMBRE:																				
EDAD:	0-1		1-4		5-11		12-18		19-29		30-39		40-49		50-59		60+		TOTAL	
SEXO:	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
FACIENTES DE LA URE																				
FACIENTES SUBSECUENTES																				
ESTUDIO PRELIMINAR																				
ESTUDIO CORRO																				
ESTUDIO PROFUNDO																				
ACTUALIZACIÓN DE LA TUA																				
TERAPIA INDIVIDUAL																				
TRABAJO EN GRUPO																				
ASISTENCIA DE CASOS (UBICADA)																				
ESTUDIOS (ASISTENCIA)																				
DIFUSIÓN DE LA TUA (ASISTENCIA)																				
OTROS																				
TOTAL DE EXPEDIENTES																				
ASISTENCIA A OTRAS INSTITUCIONES																				
CONSEJERÍAS AL C.R.E.E.																				
TOTAL																				
COMENTARIOS:																				

FECHA DE IMPRESIÓN:

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

- 1.- **MUNICIPIO:** Nombre del municipio donde está ubicada la UBR.
- 2.- **FECHA:** se deberá anotar la fecha de inicio de la información.
- 3.- **NOMBRE:** Nombre asignado a la UBR.
- 4.- **EDAD:** en el cuadro de 0-1 se anotarán todos los pacientes vistos en el mes con edad comprendida 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 anotarán en M todos los pacientes de sexo masculino vistos en el mes y en la columna de edad correspondiente. Se anotarán 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 anotarán los pacientes en la columna correspondiente de acuerdo al grupo etario y sexo cuando son vistos por primera vez.
- 7.- **PACIENTES SUBSECUENTES:** Se anotarán los pacientes en la columna correspondiente de acuerdo al grupo etario y sexo cuando son vistos de manera subsiguiente.
- 8.- **TOTAL:** Se anotará el total de pacientes vistos en UBR, de todas las edades, en la columna correspondiente según su sexo.
- 9.- **HIDROTERAPIA:** Incluye tanto terapéutica, tina de Hubbard, tina de remolino.
- 10.- **ELECTROTERAPIA:** Incluye estimulación eléctrica, ionizaciones, corrientes diadinámicas, ultrasonidos, diatermia, rayos infrarrojos ultravioletas, compresas químicas, baño de parafina y corrientes interferenciales.
- 11.- **MECANOTERAPIA:** Incluye ejercicios de movilización, de educación muscular, ejercicios de resistencia progresiva, ejercicios posturales, ejercicios de calistenia, de entrenamiento funcional respiratorio, de relajación, isométricos, de facilitación y educación de la marcha, trineo, bicicleta, escuadra, bicicleta, tracción cefálica o cervical. 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 indicados en el hogar para lograr un fin determinado.
ORIENTACIÓN Y MOVILIDAD: Camminar, ejercicios de bastón, tira y de rama, uso de silla y silla dentro y fuera de la habitación, uso de los brazos de apoyo, etc.
- 13.- **OTRAS:** Aquellas actividades terapéuticas no comprendidas en las anteriores.
- 14.- **REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:** Se anotará el número de casos en los que se refirió o contra-refirió a otros centros de salud.
- 15.- **REVISIÓN DE CASOS:** Se anotará el número de casos que se revisaron en el mes.

- 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:** Informe 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**

RÉGISTRO MENSUAL DE ACTIVIDADES

UNIDAD BASICA DE REHABILITACION

TERAPIA FISICA

FUNCIÓN: (1)												FECHA: (2)									
NOMBRE: (3)																					
EDAD: (4)		5-1		11-10		15-14		17-16		21-20		25-24		40-39		50-49		60+		TOTAL (5)	
SEXO: (5)		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
FRECUENTE DE LA VEZ (6)																					
FICIONES SUBSECUENTES (7)																					
HIDROTERAPIA (8)																					
ELECTROTERAPIA (10)																					
FOTOTERAPIA (11)																					
PROGRAMA DE CABA (12)																					
PERALIS (13)																					
TOTAL DE SUBSECUENTES (14)																					
REFERENCIA A OTRAS INSTITUCIONES (15)																					
CUALIFICACIONES AL C.R.E.E. (16)																					
PLATICAS (17)																					
ASISTENTES A LAS PLATICAS (18)																					
ACTO (19)																					
TOTAL: (20)																					
OBSERVACIONES: (21)		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																			
FIRMA DEL ASESOR (22)		<hr/>																			

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

REGISTRO MENSUAL DE ACTIVIDADES

UNIDAD BASICA DE REHABILITACION

TERAPIA FISICA

MUNICIPIO:																		FECHA:			
NOMBRE:																					
EDAD:		0-1		1-2		3-11		12-19		20-29		30-39		40-49		50-59		60+		TOTAL	
SEXO:		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F				
PACIENTES DE LA VEC:																					
PACIENTES SUBSECUENTES:																					
FOTOTERAPIA																					
ELECTROTERRAPIA																					
FONOTERAPIA																					
PROGRAMA DE CASA																					
REALIZO																					
TOTAL DE EXISTENTES																					
REFERENCIA A OTRAS INSTITUCIONES																					
CONSULTAS DE C.A.B.E.																					
PLATOS																					
ASISTENTES A LAS PLATOS																					
ALTO																					
TOTAL																					
OBSERVACIONES:																					

Forma 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 (después estudio preliminar sobre altas).
- 15.- **OBSERVACIONES:** Capturar comentario del que se quiere advertir.
- 16.- **FIRMA DEL RESPONSABLE:** Anotar firma y nombre del responsable de la información.
- 17.- **COMUNIDADES ATENDIDAS:** Es el título de la nota posterior, donde se detallan las comunidades.
- 18.- **COMUNIDADES:** Indicar, sobre la columna de asistencia del presente cuadro, esta información en municipio donde se ubica la UBR.
- 19.- Se anota el número de pacientes atendidos en una comunidad.

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

REGISTRO MENSUAL DE ACTIVIDADES

UNIDAD BASICA DE REHABILITACION

CONSULTA MEDICA

PACIENTE:														FECHA:					
NOMBRE:																			
EDAD:																TOTAL			
		1-4		5-10		11-15		16-20		21-25		26-30		31-35		36-40			
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
PACIENTES DE 1-4 años																			
PACIENTES DE 5-10 años																			
PACIENTES DE 11-15 años																			
PACIENTES DE 16-20 años																			
PACIENTES DE 21-25 años																			
PACIENTES DE 26-30 años																			
PACIENTES DE 31-35 años																			
PACIENTES DE 36-40 años																			
TOTAL																			

REMARKS:

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 organización, 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:** Cualesquier comentario del que se quiera informar.
- 19.- **PLUMA DEL RESPONSABLE:** Anotar firma y nombre del responsable de la información.

- 20.- **COMUNIDADES ATENDIDAS:** Es el título de la hoja posterior no lleva anotaciones.
- 21.- **COMUNIDADES:** Informa sobre la comunidad de residencia del paciente cuando esta no es del municipio donde se ubica la UER.
- 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)										FECHA (2)											
NOMBRE (3)																				TOTAL (4)	
DOM	ES	1-4	5-8	9-12	13-16	17-20	21-24	25-28	29-31	32-35	36-39	40-43	44-47	48-51	52-55	56-59	60-63	64-67	68-71		
FECHA (5)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
ACTIVIDAD (6)																					
ACTIVIDAD SUBALINEADA (7)																					
OTROS (8)	9																				
OTROS (9)	10																				
OTROS (10)	11																				
OTROS (11)																					
OTROS (12)																					
OTROS (13)																					
OTROS (14)																					
OTROS (15)																					
OTROS (16)																					
OTROS (17)																					
OTROS (18)																					
OTROS (19)																					
OTROS (20)																					
OTROS (21)																					
OTROS (22)																					
OTROS (23)																					
OTROS (24)																					
OTROS (25)																					
OTROS (26)																					
OTROS (27)																					
OTROS (28)																					
OTROS (29)																					
OTROS (30)																					
OTROS (31)																					
OTROS (32)																					
OTROS (33)																					
OTROS (34)																					
OTROS (35)																					
OTROS (36)																					
OTROS (37)																					
OTROS (38)																					
OTROS (39)																					
OTROS (40)																					
OTROS (41)																					
OTROS (42)																					
OTROS (43)																					
OTROS (44)																					
OTROS (45)																					
OTROS (46)																					
OTROS (47)																					
OTROS (48)																					
OTROS (49)																					
OTROS (50)																					
OTROS (51)																					
OTROS (52)																					
OTROS (53)																					
OTROS (54)																					
OTROS (55)																					
OTROS (56)																					
OTROS (57)																					
OTROS (58)																					
OTROS (59)																					
OTROS (60)																					
OTROS (61)																					
OTROS (62)																					
OTROS (63)																					
OTROS (64)																					
OTROS (65)																					
OTROS (66)																					
OTROS (67)																					
OTROS (68)																					
OTROS (69)																					
OTROS (70)																					
OTROS (71)																					
OTROS (72)																					
OTROS (73)																					
OTROS (74)																					
OTROS (75)																					
OTROS (76)																					
OTROS (77)																					
OTROS (78)																					
OTROS (79)																					
OTROS (80)																					

Firma del Responsable (81) 

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

- 1.- **MUNICIPIO:** Nombre del municipio donde está 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 anotarán 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 anotarán en M todos los pacientes de sexo masculino vistos en el mes y en la columna de edad correspondiente. Se anotarán 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 anotarán los pacientes en la columna correspondiente de acuerdo al grupo etario y sexo cuando son vistos por primera vez.
- 7.- **PACIENTES SUBSECUENTES:** Se anotarán los pacientes en la columna correspondiente de acuerdo al grupo etario y sexo cuando son vistos de manera subsecuente.
- 8.- **TOTAL:** Se anotará el total de pacientes vistos en UBR, de todas las edades, en la columna correspondiente según el sexo.
- 9.- **EXAMEN DE LENGUAJE:** Es la valoración inicial que realiza el terapeuta para dar comienzo al programa de terapia.
- 10.- **PROBLEMA DE RECEPCIÓN:** Incluye toda terapia dada a los hipocusicos; estimulación temprana auditiva y sensorio-perceptual, discriminación auditiva gruesa y fina, localización de fuente sonora, comprensión para la lectura labio-facial, articulación y estructuración del lenguaje, claves, ritmo y texto-escritura.
- 11.- **PROBLEMA DE INTEGRACIÓN:** 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 temporo-espaciales, lateralidad, esquema corporal, psicomotricidad.
- 12.- **PROBLEMA DE EXPRESIÓN:** Incluye toda terapia dada a pacientes con problemas de habla y voz como disfonía, disartria, disfagia, problemas de lenguaje escrito, dificultades de comprensión de frases orales, repetición, copia, imitación, ritmo, tono, pausas, pausas, pausas, pausas y pausas.
- 13.- **PROGRAMA DE CADA UNO:** Incluye las indicaciones para la terapia de cada uno.
- 14.- **OTRAS:** Incluye toda terapia dada que no sea de los tipos anteriores.
- 15.- **REFERENCIAS:** Se anotará el número de referencias.
- 16.- **ESTRUCTURACIÓN:** Se anotará el número de estructuras.

- 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.

**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

NUMERO:													FECHA:								
NOMBRE:																					
EDAD:		6-9		1-4		5-11		12-19		20-29		30-39		40-49		50-59		60+		TOTAL	
SEXO:		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
VACANTES DE LA UNIDAD																					
PACIENTES SURCOYENTES																					
EXAMEN DE LENGUAJE																					
PROBLEMAS DE ATENCION																					
PROBLEMAS DE INTEGRACION																					
PROBLEMAS DE EXPRESION																					
PROGRAMA DE CASO																					
TOTAL DE EXISTENTES																					
ASISTENTES A LAS INSTITUCIONES																					
CONSULTAS AL C. A. E.																					
PRACTICAS																					
ASISTENTES A LAS PRACTICAS																					
ALTOS																					
TOTAL																					
OBSERVACIONES		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																			
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 está 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 anotarán 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 anotarán en M todos los pacientes de sexo masculino vistos en el mes y en la columna de edad correspondiente. Se anotarán 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 anotarán los pacientes en la columna correspondiente de acuerdo al grupo etario y sexo cuando son vistos por primera vez.
- 7.- **PACIENTES SUBSECUENTES:** Se anotarán los pacientes en la columna correspondiente de acuerdo al grupo etario y sexo cuando son vistos de manera subsecuente.
- 8.- **TOTAL:** Se anotará el total de pacientes vistos en UBR, de todas las edades, en la columna correspondiente según su sexo.
- 9.- **VALORACION:** Se anotará 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 anotará el número de pacientes en entrenamiento de actividades de la vida diaria con 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.- **ELABORACION:** Se anotará 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 adjuvantes especiales.
- 12.- **OTRA:** Se anotarán 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:** Con quehaceres comentarios que que se quiera informar.
- 15.- **FORMA DEL RESPONSABLE:** Anotar firma y nombre del responsable de la información.
- 16.- **UNIDADES ATENDIDAS:** Es la suma de las unidades de atención en las que se brindó el servicio.
- 17.- **UNIDADES:** Sistema para el control de asistencia del paciente a las unidades de atención de 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 REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL**

REGISTRO MENSUAL DE ACTIVIDADES

UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACION

TERAPIA OCUPACIONAL

NUMERO (1)													FECHA (2)			
NOMBRE (3)																
(4) UCA																
EDAD (4)	0-1	1-4	5-11	12-18	19-26	27-35	36-45	46-55	56-65	66+						
SEXO (5)	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
PACIENTES DE LA UC (6)																
PACIENTES DIVERSIFICADOS (7)																
VALORACION (8)																
ADJUSTAMIENTO Y COMORBIDADES (9)																
ELABORACION (10)																
TOTAL DE DIRECTORES (11)																
TOTAL (12)																
COMENTARIOS (13)																

ANEXO 5

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

AREA	UNIDAD DE MEDIDA	TIEMPO DE EJECUCION	JORNADA DE 8 HORAS		JORNADA DE 6 HORAS		JORNADA DE 4 HORAS		JORNADA DE 3 HORAS	
			IDEAL	ACTUAL	IDEAL	ACTUAL	IDEAL	ACTUAL	IDEAL	ACTUAL
ADQUISICION DE TIEMPO	CONTRATO	30	1	24	8	10	8	10	2	30
ADQUISICION DE TIEMPO	CONTRATO	20	12	140	8	100	8	100	2	180
ADQUISICION DE TIEMPO	CONTRATO	20	11	80	12	140	11	140	3	140
ADQUISICION DE TIEMPO	CONTRATO	20	11	80	12	140	11	140	1	240
ADQUISICION DE TIEMPO	CONTRATO	20	11	80	12	140	11	140	8	10
ADQUISICION DE TIEMPO	CONTRATO	20	11	80	12	140	11	140	8	10
ADQUISICION DE TIEMPO	CONTRATO	20	11	80	12	140	11	140	8	10
ADQUISICION DE TIEMPO	CONTRATO	20	11	80	12	140	11	140	8	10
ADQUISICION DE TIEMPO	CONTRATO	20	11	80	12	140	11	140	8	10
ADQUISICION DE TIEMPO	CONTRATO	20	11	80	12	140	11	140	8	10
ADQUISICION DE TIEMPO	CONTRATO	20	11	80	12	140	11	140	8	10
ADQUISICION DE TIEMPO	CONTRATO	20	11	80	12	140	11	140	8	10
ADQUISICION DE TIEMPO	CONTRATO	20	11	80	12	140	11	140	8	10
ADQUISICION DE TIEMPO	CONTRATO	20	11	80	12	140	11	140	8	10
ADQUISICION DE TIEMPO	CONTRATO	20	11	80	12	140	11	140	8	10
ADQUISICION DE TIEMPO	CONTRATO	20	11	80	12	140	11	140	8	10
ADQUISICION DE TIEMPO	CONTRATO	20	11	80	12	140	11	140	8	10

de 8 horas por día de 8 horas por día

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 (INTERESADO PATERNO) (MATERNO Y NOMBRADO)	

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