



ASUNTO: REPORTE DE MES, DE ACTIVIDADES DIARIAS Y RECIENTE.  
Y REPORTE ANUAL EN MEMORIA USB 2018.2019.

C. C.P. JUAN PABLO MARTINEZ RODRIGUEZ..  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE TRASPARENCIA  
DE TUXCUECA, JALISCO.  
P R E S E N T E:

Por este conducto le envié un cordial saludo y a la vez le entrego el **reporte mensual** del mes de **Noviembre del 2019**. El Informe Mensual de la Unidad de Rehabilitación, con la edad, terapias otorgadas y el servicio que recibe cada paciente. El reporte Mensual de Actividades Diarias y el reporte de las actividades realizadas con el costo de cada paciente y las fotos con las evidencias de las terapias y aparatos con los que se realizan. **Así como el reporte anual de actividades realizadas en dicha Unidad, 2018-2019, en memoria USB para subir los Hipervínculos de Transparencia** de la Unidad Básica de Rehabilitación de Tuxcueca, Jalisco.

Sin otro en particular, quedo a sus órdenes para cualquier aclaración o duda al respecto.

ATENTAMENTE

UNIDAD BASICA DE REHABILITACION

TUXCUECA, JALISCO, 04 DE DICIEMBRE DEL 2019.

ADRIANA CAROLINA C.V

C. ADRIANA CAROLINA CARDENAS VIZCAINO.

FIRMA DE RECIBIDO. \_\_\_\_\_



San Luis Soyatlán, Municipio de Tuxcueca Jalisco.  
Tel. 37676 4 03 42  
Juárez No. 68  
Col. Centro  
C.P. 49440

**ASUNTO: REPORTE MENSUAL.**

**C. L.C.P. JUAN PABLO MARTINEZ RODRIGUEZ.**

**DIRECTOR DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y**

**SECRETARIO TECNICO DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA**

**DEL H. AYUNTAMIENTO DE TUXCUECA 2018-2021.**

POR MEDIO DE LA PRESENTE LE ENVIO UN CO RDIAL SALUDO Y AL MISMO TIEMPO ME PERMITO ENVIAR EL REPORTE DEL MES DE **NOVIEMBRE DE 2019**. DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN ESTA UNIDAD BASICA DE REHABILITACION, TERAPIA FISICA, HIDROTERAPIA, MECANOTERAPIA, ELECTROTERAPIA, MANO FACIAL Y CONSULTA MEDICA.

| <b>SERVICIO</b>        | <b>RESPONSABLE</b>  | <b>COSTOS</b>          | <b>PERSONAS ATENDIDAS.</b>                        |
|------------------------|---|------------------------|---|
| <b>MECANOTERAPIA</b>   | <b>L.C.FYD: Adriana<br/>Carolina Cárdenas<br/>Vizcaíno</b>  | <b>\$ 70.00 PESOS</b>  | <b>20 PACIENTES<br/>09 MUJERES<br/>11 HOMBRES</b> |
| <b>ELECTROTERAPIA</b>  | <b>L.C.FYD: Adriana<br/>Carolina Cárdenas<br/>Vizcaíno.</b> | <b>\$ 70.00 PESOS</b>  | <b>20 PACIENTES<br/>09 MUJERES<br/>11 HOMBRES</b> |
| <b>MANO Y FACIAL</b>   | <b>L.C.FYD: Adriana<br/>Carolina Cárdenas<br/>Vizcaíno.</b> | <b>\$ 70.00 PESOS</b>  | <b>2 PACIENTES<br/><br/>02 HOMBRES</b>            |
| <b>CONSULTA MEDICA</b> | <b>Dra. Ana Cristina<br/>Mejía Paredes.</b>                 | <b>\$ 200.00 PESOS</b> | <b>09 PACIENTES<br/>06 MUJERES<br/>03 HOMBRES</b> |
|                        |   |                        |   |

**DE IGUAL MANERA LE INFORMO QUE LOS COSTOS SON ESTABIECIDOS MEDIANTE UN ESTUDIO SOCIO ECONOMICO DEL PACIENTE.**

## **REPORTE MENSUAL DE LA (UBR) UNIDAD BASICA DE REHABILITACION TUXCUECA, JALISCO.**

### **MISION**

Lograr que los ciudadanos de municipio de Tuxcueca sean los principales beneficiados en recibir la atención en el servicio de Terapia Física y Rehabilitación caracterizado por la accesibilidad, oportunidad y pertinencia, que garantiza al usuario la plena satisfacción de sus necesidades de atención, enmarcado en un proceso de mejoramiento continuo en la prestación del mismo.

### **VISION**

Que el área de Fisioterapia que promete tratamientos calificados e innovadores en el proceso de rehabilitación, prestando un excelente servicio como profesional y especialista en rehabilitación de la mano y del miembro superior que garantice integralidad, calidad y óptima atención a nuestros pacientes. Respalda por el interés permanente de actualizarnos, una actitud de lealtad, objetividad, veracidad, compromiso continuo y ética profesional, brindando calidad, bienestar y satisfacción en los pacientes del municipio de Tuxcueca

### **HORARIO:**

LUNES A VIERNES DE 9:00 A.M. A 3:00 PM.

### **ACTIVIDADES A REALIZAR:**

BRINDAR LOS SERVICIOS DE MECANOTERAPIA Y ELECTROTERAPIA A CADA PACIENTE, DURANTE 60 MINUTOS.

### **ADMINISTRATIVO:**

SUBIR AL PADRON DE DIF JALISCO, LA ASISTENCIA DE CADA PACIENTE.

REALIZAR EL REPORTE EN FISICO CON EL NUMERO DEL EXPEDIENTE Y ANOTAR LOS SERVICIOS QUE SE LE BRINDAN.

LLEVAR EL CONTROL DE FIRMAS EN LA CUAL SE ANOTA EL MONTO Y LA FECHA.

CITAR A LOS PACIENTES DE ACUERDO A LA AGENDA.

LLEVAR UNA LISTA DE ESPERA PARA EL DIA DE LA CONSULTA CON EL MEDICO ESPECIALISTA.

### **REQUISITOS PARA INGRESAR A LA TERAPIA:**

ACTA DE NACIMIENTO

CURP

COMPROBANTE DE DOMICILIO

IDENTIFICACION OFICIAL CON FOTOGRAFIA.

**ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL.**

**Evidencia de las áreas de la Unidad básica de Rehabilitación**



|   |   |                                 |
|---|---|---------------------------------|
| <b>Nombre del Médico:</b> Dra. Ana Cristina Mejía Paredes.          | <b>Unidad de Rehabilitación:</b>  | <b>Fecha:</b> 01-10-19 01-11-19 |
| <b>Responsable del Informe:</b> Adriana Carolina Cardenas Vizcaino. | <b>Correo electrónico del responsable del Informe:</b> <a href="mailto:terapiatuxcueca@tuxcueca.gob.mx">terapiatuxcueca@tuxcueca.gob.mx</a> |                                 |

### Rangos de edad de pacientes de primera vez en la Unidad de Rehabilitación

| Edad         | < 1      |   | 1 a 4    |          | 5 a 9    |   | 10 a 14  |          | 15 a 19  |   | 20 a 29  |          | 30 a 39  |          | 40 a 49  |          | 50 a 59  |          | 60 a 69  |          | 70 a 79  |          | > 80     |          | Total<br>IH<br>IM |
|--------------|----------|---|----------|----------|----------|---|----------|----------|----------|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|
|              | H        | M | H        | M        | H        | M | H        | M        | H        | M | H        | M        | H        | M        | H        | M        | H        | M        | H        | M        | H        | M        | Total    |          |                   |
| Sexo         | 1        |   | 2        | 1        | 0        |   | 1        | 1        | 0        |   | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 9                 |
| <b>Total</b> | <b>1</b> |   | <b>2</b> | <b>1</b> | <b>0</b> |   | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>0</b> |   | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>20</b>         |

#### Personas atendidas

| Terapia Fisica |          | Total     |
|----------------|----------|-----------|
| H              | M        | Total     |
| 1ra. Vez       | 1        | 1         |
| Subs           | 1        | 9         |
| <b>Total</b>   | <b>2</b> | <b>20</b> |

#### Terapia Ocupacional

|              |          |
|--------------|----------|
| 1ra. Vez     | 0        |
| Subs         | 0        |
| <b>Total</b> | <b>0</b> |

#### Terapia de Lenguaje

|              |          |
|--------------|----------|
| 1ra. Vez     | 0        |
| Subs         | 0        |
| <b>Total</b> | <b>0</b> |

Pláticas

Total de terapias otorgadas

#### Terapias otorgadas

| Terapia Fisica |    | Prog. de casa |
|----------------|----|---------------|
| H              | M  | Total         |
| 40             | 35 | 1             |
|                |    | 76            |

#### T. Ocupacional

| Prog. de casa |   |
|---------------|---|
| H             | M |
|               |   |

#### T. de Lenguaje

| Prog. de casa |   |
|---------------|---|
| H             | M |
|               |   |

#### Pac. Sub.

| H            | M         |
|--------------|-----------|
| 11           | 9         |
| <b>Total</b> | <b>20</b> |

#### Modalidad de Terapia

|              |            |
|--------------|------------|
| Mecanico     | 76         |
| Electro      | 76         |
| Hidro        | 76         |
| <b>Total</b> | <b>228</b> |

#### Consulta Medica

| Consulta     | H         | M         | Total     |
|--------------|-----------|-----------|-----------|
| 1ra. Vez     | 1         | 4         | 3         |
| Subs         | 11        | 9         | 20        |
| <b>Total</b> | <b>12</b> | <b>13</b> | <b>25</b> |

#### Principal causa de atención

|             |
|-------------|
| Tendinitis  |
| Gonartrosis |
| Lumbalgia   |

#### Otros Serv.

| H            | M        | Total    |
|--------------|----------|----------|
| Dental       |          | 0        |
| Optometria   |          | 0        |
| Nutrición    |          | 0        |
| Pdagogia     |          | 0        |
| Otros        |          | 0        |
| <b>Total</b> | <b>0</b> | <b>0</b> |

#### Trabajo Social

| Pers. Atendidas | H        | M        | Total    |
|-----------------|----------|----------|----------|
| 1ra. Vez        | 2        | 2        | 4        |
| Subs            |          |          |          |
| <b>Total</b>    | <b>2</b> | <b>2</b> | <b>4</b> |

#### Psicologia

|              | H        | M        | Total    |
|--------------|----------|----------|----------|
| 1ra. Vez     |          | 2        | 2        |
| Subs         |          | 2        | 2        |
| <b>Total</b> | <b>0</b> | <b>4</b> | <b>4</b> |

#### Altas

| Mejoría |   | Defunción |   | Máximo Beneficio |   | Inasistencia |   | Total |   |
|---------|---|-----------|---|------------------|---|--------------|---|-------|---|
| H       | M | H         | M | H                | M | H            | M | H     | M |
| 2       | 2 |           |   | 0                | 1 |              |   | 2     | 3 |

Personas con discapacidad de acudieron



ADRIANA CAROLINA C.V

|                    |  |
|--------------------|--|
| Eventos            |  |
| Personas           |  |
| <b>Detecciones</b> |  |

|    |    |           |
|----|----|-----------|
| H  | M  | Tota<br>l |
| 40 | 35 | 75        |

|            |              |        |                 |          |
|------------|--------------|--------|-----------------|----------|
| Visua<br>l | Auditiv<br>a | Motora | Intelectu<br>al | TEA<br>* |
| 0          | 0            |        |                 |          |

\*-Transtorno espectro autista

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del responsable del informe

| Recursos Humanos con los que cuenta la Unidad |              |      |                    |                      |                           |                                |                       |           |       |
|---|--------------|------|--------------------|----------------------|---------------------------|--------------------------------|-----------------------|-----------|-------|
| Medico Esp.                                   | Medico Gral. | Psic | Trabaj<br>o Social | Terapeut<br>a Fisico | Terapeuta Ocupacion<br>al | Terapeut<br>a Lenguaje<br>T.F. | Aux<br>Odontolog<br>o | Otro<br>s | Total |
| 1   |              | 1    | 1                  | 1                    |                           |                                |                       |           | 4     |