

ASUNTO: REPORTE DE MES, DE ACTIVIDADES DIARIAS Y RECIENTE.

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 **Julio 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 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, 05 DE AGOSTO DEL 2019.

ADRIANA CAROLINA C.V.

C. ADRIANA CAROLINA CARDENAS VIZCAMO

**BIF**  
MUNICIPAL  
Tuxcueca 2018-2021



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

**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 ENVIÓ UN CORDIAL SALUDO Y AL MISMO TIEMPO ME PERMITO ENVIAR EL REPORTE DEL MES DE **JULIO 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 Carolina Cárdenas Vizcaíno</b>	<b>\$ 70.00 PESOS</b>	<b>16 PACIENTES 08 MUJERES 08 HOMBRES</b>
<b>ELECTROTERAPIA</b>	<b>L.C.FYD: Adriana Carolina Cárdenas Vizcaíno.</b>	<b>\$ 70.00 PESOS</b>	<b>16 PACIENTES 08 MUJERES 08 HOMBRES</b>
<b>MANO Y FACIAL</b>	<b>L.C.FYD: Adriana Carolina Cárdenas Vizcaíno.</b>	<b>\$ 70.00 PESOS</b>	<b>1 PACIENTE  1 MUJER</b>
<b>CONSULTA MEDICA</b>	<b>Dra. Ana Cristina Mejía Paredes.</b>	<b>\$ 200.00 PESOS</b>	<b>10 PACIENTES 06 MUJERES 04 HOMBRES</b>

**DE IGUAL MANERA LE INFORMO QUE LOS COSTOS SON ESTABECIDOS 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**



**Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Jalisco**  
**Dirección para la Inclusión de las Personas con Discapacidad**  
**Informe Mensual de Unidades de Rehabilitación**

Nombre del Médico:	Dra. Ana Cristina Mejia Paredes.	Unidad de Rehabilitación:	UBR Tuxcueca, Jalisco.	Fecha:	01-07-2019 - 01-08-19
Responsable del Informe:	Adriana Carolina Cardenas Vizcaino.		Correo electrónico del responsable del Informe	<a href="mailto:caro_laks@hotmail.com">caro_laks@hotmail.com</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 H	Total M	
Sexo	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M			
	1			1					1					4		2			2	1	1		1	0	2	8	8
Total	1	0		1	0			0	1	0		0		4		2		0	2	1	1		1	0	2	16	

**Personas atendidas**

**Terapia Fisica**

	H	M	Total
1ra. Vez	2	2	4
Subs	6	6	12
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>16</b>

**Terapia Ocupacional**

	H	M	Total
1ra. Vez			0
Subs			0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**Terapia de Lenguaje**

	H	M	Total
1ra. Vez			0
Subs			0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**Terapias otorgadas**

**Terapia Fisica**

H	M	Prog. de casa
32	35	3
70		

**T. Ocupacional**

H	M	Prog. de casa

**T. de Lenguaje**

H	M	Prog. de casa

**Pac. Sub.**

H	M
32	35
<b>Total</b>	<b>67</b>

**Modalidad de Terapia**

Mecano	70
Electro	67
Hidro	70
<b>Total</b>	<b>207</b>

**Consulta Medica**

Consulta	H	M	Total
1ra. Vez	4	3	7
Subs	4	6	10
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>16</b>

**Principal causa de atención**

tendinitis
Gonartrosis
lumbalgia

**Otros Serv.**

	H	M	Total
Dental			0
Optometría			0
Nutrición			0
Pdagogía			0
Otros			0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**Trabajo Social**

Pers. Atendidas	H	M	Total
	2	1	3

**Psicología**

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

**Pláticas**

Eventos	
Personas	
Detecciones	

**Total de terapias otorgadas**

H	M	Total
32	35	67

**Personas con discapacidad de acudieron**

Visual	Auditiva	Motora	Intelectua	TEA*
0	0			

\*Trastorno espectro autista

*ADRIANA CAROLINA C.V*  
 Nombre y firma del responsable del informe



**Recursos Humanos con los que cuenta la Unidad**

Medico Esp.	Medico Gral.	Psic.	Trabajo Social	Terapeuta Fisico	Terapeuta Ocupacion	Terapeuta Lenguaje	Aux. T.F.	Odontologo	Otros	Total
1		1	1	1						4