



**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 CORDIAL SALUDO Y AL MISMO TIEMPO ME PERMITO ENVIAR EL REPORTE DEL MES DE **DECIEMBRE DE 2020**. 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>\$ 100.00 PESOS</b>	<b>13 PACIENTES 07 MUJERES 06 HOMBRES</b>
<b>ELECTROTERAPIA</b>	<b>L.C.FYD: Adriana Carolina Cárdenas Vizcaíno.</b>	<b>\$ 100.00 PESOS</b>	<b>13 PACIENTES 07 MUJERES 06 HOMBRES</b>
<b>MANO Y FACIAL</b>	<b>L.C.FYD: Adriana Carolina Cárdenas Vizcaíno.</b>	<b>\$ 100.00 PESOS</b>	<b>0 PACIENTES  0 HOMBRE 0 MUJER</b>
<b>CONSULTA MEDICA</b>	<b>Dra. Ana Cristina Mejía Paredes.</b>	<b>\$ 200.00 PESOS</b>	<b>PACIENTES MUJERES HOMBRES</b>

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

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



## **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. Respaldada 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**

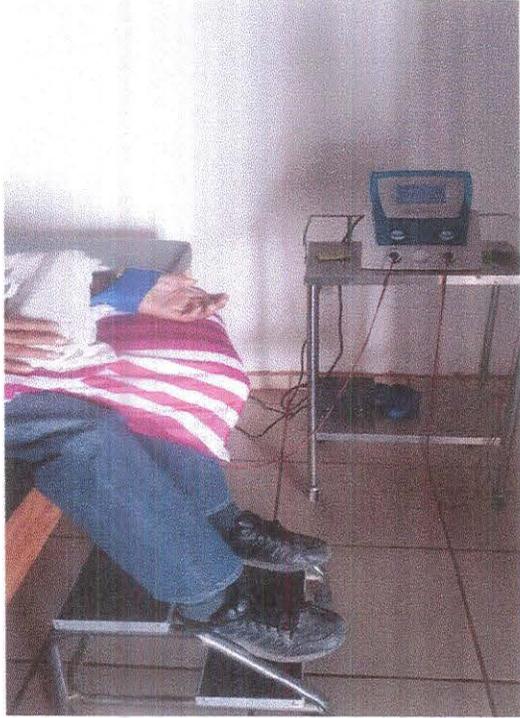
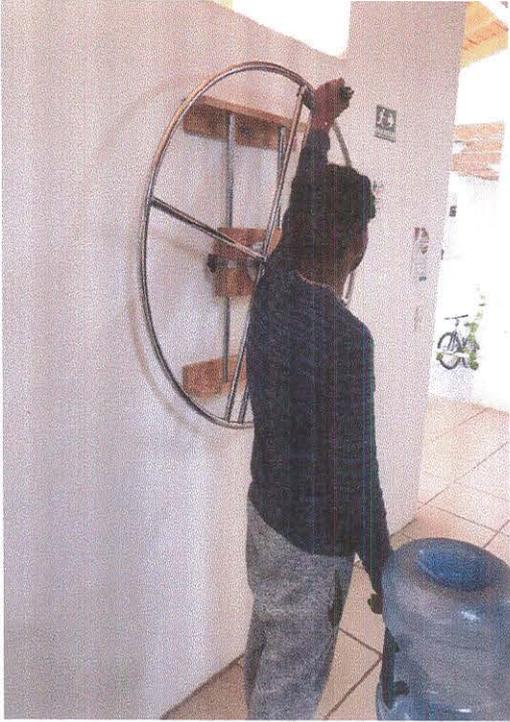
**COMPROBANTE DE DOMICILIO**

**IDENTIFICACION OFICIAL CON FOTOGRAFIA.**

**ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL.**

**Benito Juárez No. 68  
Col. Centro  
C.P. 49440**

**San Luis Soyatlán, Municipio de Tuxcueca Jalisco.  
Tel. 37676 4 03 42**



**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		Tot al	T al	
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			
			00		0	0	0		00	0			0	00		0	0	0		01		0				1	
Total			00		0	0	00		00	0			0	00		0	0	0		01		0				1	

**Personas atendidas**

**Terapia Física**

	H	M	Total
1ra. Vez	0	1	1
Subs	6	6	12
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>13</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>

**Pláticas**

Eventos	Personas

**Detección**

**Terapias otorgadas**

**Terapia Física**

H	M	Prog. de casa
10	14	0
		24

**T. Ocupacional**

H	M	Prog. de casa

**T. de Lenguaje**

H	M	Prog. de casa

**Total de terapias otorgadas**

H	M	Total
10	14	24

**Personas con discapacidad de acudieron**

Visual	Auditiva	Motora	Intelectual	TEA*
0	0	01	01	

**Pac. Sub.**

H	M
06	06
<b>Total</b>	<b>12</b>

**Modalidad de Terapia**

Modalidad	Total
Mecanico	24
Electro	24
Hydro	24
<b>Total</b>	<b>72</b>

**Otros Serv.**

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

**Consulta Médica**

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

**Principal causa de atención**

Tendinitis
Gonartrosis
Lumbalgia

**Trabajo Social**

Pers. Atendidas	H	M	Total
		1	1

**Psicología**

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

**Altas**

Mejoría		Defunción		Máximo Beneficio		Inasistencia		Total	
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M

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

Medico Esp.	Medico Gral.	Psic.	Trabajo Social	Terapeuta Físico	Terapeuta Ocupacional	Terapeuta Lenguaje	Aux. T.F.	Odontólogo	Otros	Total
		1	1	1						4

\*Trastorno específico de la escritura

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

