

## **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.**

**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 **MAYO 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>09 PACIENTES 02 MUJERES 07 HOMBRES</b>
<b>ELECTROTERAPIA</b>	<b>L.C.FYD: Adriana Carolina Cárdenas Vizcaíno.</b>	<b>\$ 100.00 PESOS</b>	<b>09 PACIENTES 02 MUJERES 07 HOMBRES</b>
<b>MANO Y FACIAL</b>	<b>L.C.FYD: Adriana Carolina Cárdenas Vizcaíno.</b>	<b>\$ 100.00 PESOS</b>	<b>1 PACIENTE  0 HOMBRE 01 MUJER</b>
<b>CONSULTA MEDICA</b>	<b>Dra. Ana Cristina Mejía Paredes.</b>	<b>\$ 200.00 PESOS</b>	<b>09 PACIENTES 02 MUJERES 07 HOMBRES</b>

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

<b>Nombre del Médico:</b> Dra. Ana Cristina Mejía Paredes.	<b>Unidad de Rehabilitación:</b> Adriana Carolina Cárdenas Vizcaíno.	<b>Fecha:</b> 01-05-20 - 01-06.2020
<b>Responsable del Informe:</b> Adriana Carolina Cárdenas Vizcaíno.	<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		Tot al H	Tot al M
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
Sexo	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

#### Personas atendidas

<b>Terapia Física</b>	H	M	Tot al
1ra. Vez	02	03	05
Subs	0	04	04
<b>Total</b>			<b>09</b>

#### Terapias otorgadas

<b>Terapia Física</b>	H	M	Prog. de casa
1ra. Vez	02	16	0
Subs			18

#### T. Ocupacional

H	M	Prog. de casa

#### T. de Lenguaje

H	M	Prog. de casa

#### Modalidad de Terapia

Mecan o	18
Electr o	18
Hidro	18
<b>Total</b>	<b>54</b>

#### Consulta Medica

Consult a	H	M	Total
1ra. Vez	02	03	05
Subs		04	04
<b>Total</b>			<b>09</b>

#### Principal causa de atención

Tendinitis
Gonartrosis
Lumbalgia

#### Otros Serv.

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

#### Trabajo Social

Pers. Atendia S	H	M	Total
	0		0

#### Psicología

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

#### Altas

Mejoría	Defunción	Máximo Beneficio	Inasistencia	Total

Pláticas	
Eventos	
Personas	
<b>Detección</b>	<b>es</b>

Total de terapias otorgadas		
H	M	Tot
02	16	18

Personas con discapacidad de acudieron				
Visual	Auditiva	Motora	Intelectual	TEA*
0	0	0	1	

\*Transtorno espectro autista

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

H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
						1			
								1	
									1

Recursos Humanos con los que cuenta la Unidad										
Medico Esp.	Medico Gral.	Psic.	Trabajo Social	Terapeuta Fisico	Terapeuta Ocupacional	Terapeuta Lenguaje	Aux. T.F.	Odontologos	Otros	Total
1		1	1	1						4

