



**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 **AGOSTO DE 2020**. DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN ESTA UNIDAD BASICA DE REHABILITACION, TERAPIA FISICA, HIDROTERAPIA, MECANOTERAPIA, ELECTROTERAPIA, MANO FACIAL Y CONSULTA MEDICA.

SERVICIO	RESPONSABLE	COSTOS	PERSONAS ATENDIDAS.
<b>MECANOTERAPIA</b>	L.C.FYD: Adriana Carolina Cárdenas Vizcaíno	<b>\$ 100.00 PESOS</b>	<b>17 PACIENTES</b> 09 MUJERES 08 HOMBRES
<b>ELECTROTERAPIA</b>	L.C.FYD: Adriana Carolina Cárdenas Vizcaíno.	<b>\$ 100.00 PESOS</b>	<b>17 PACIENTES</b> 09 MUJERES 08 HOMBRES
<b>MANO Y FACIAL</b>	L.C.FYD: Adriana Carolina Cárdenas Vizcaíno.	<b>\$ 100.00 PESOS</b>	<b>3 PACIENTES</b>  03 HOMBRE 01 MUJER
<b>CONSULTA MEDICA</b>	Dra. Ana Cristina Mejía Paredes.	<b>\$ 200.00 PESOS</b>	<b>0 PACIENTES</b> <b>MUJERES</b> <b>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. 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.**

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

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





Benito Juárez No. 68  
Col. Centro  
C.P. 49440  
San Luis Soyatlán, Municipio de Tuxcueca Jalisco.  
Tel. 37676 4 03 42  
direccion.dif@tuxcueca.gob.mx



ASUNTO: REPORTE DE MES, DE ACTIVIDADES DIARIAS Y RECIENTE.  
Y REPORTE MENSUAL EN MEMORIA USB 2020

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 **Agosto del 2020**, **Así como el reporte 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 SEPTIEMBRE DEL 2020.

ADRIANA CAROLINA C.V

C. ADRIANA CAROLINA CARDENAS VIZCAINO.

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



Benito Juárez No. 68  
Col. Centro  
C P 49446



**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	
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			
			01			0				00	0			00		0	0	1	1	0		0	1			<b>02</b>	<b>01</b>
<b>Total</b>			<b>01</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		<b>00</b>	<b>0</b>			<b>0</b>	<b>00</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>		<b>0</b>	<b>1</b>			<b>03</b>	

**Personas atendidas**

Terapia Fisica			
	H	M	Tot al
1ra. Vez	02	01	03
Subs	06	08	14
<b>Total</b>			<b>17</b>

Terapia Ocupacional			
	H	M	Tot al
1ra. Vez			0
Subs			0
<b>Total</b>			<b>0</b>

Terapia de Lenguaje			
	H	M	Tot al
1ra. Vez			0
Subs			0
<b>Total</b>			<b>0</b>

Pláticas			
Eventos	Personas	Deteccion es	

**Terapias otorgadas**

Terapia Fisica		
H	M	Prog. de casa
23	30	0
		53

T. Ocupacional		
H	M	Prog. de casa

T. de Lenguaje		
H	M	Prog. de casa

Total de terapias otorgadas		
H	M	Tot al
23	30	53

**Pac. Sub.**

H	M
06	08
<b>Total</b>	<b>14</b>

Otros Serv.	H	M	Total
Dental			0
Optometria			0
Nutrición			0
Pdagogía			0
Otros			0
<b>Total</b>			<b>0</b>

**Modalidad de Terapia**

Mecan o	53
Electr o	53
Hydro	53
<b>Total</b>	<b>159</b>

**Consulta Medica**

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

**Principal causa de atención**

Tendinitis
Gonartrosis
Lumbalgia

**Trabajo Social**

Pers. Atendi as	H	M	Total
	2	0	2

**Psicología**

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

**Altas**

Mejoría		Defunción		Máximo Beneficio		Inasistencia		Total	
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
2	1		2		1		3	02	05

**Personas con discapacidad de acudieron**

Visual	Auditiv a	Motora	Intelectu al	TEA *
0	0	01	0	

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

Medico Esp.	Medico Gral.	Psi c.	Trabaj o Social	Terapeu ta Fisico	Terapeuta Ocupacion al	Terapeu ta Lenguaj e	Au x. T.F.	Odontolo go	Otro s	Total
		1	1	1						<b>4</b>

*ADRIANA CAROLINA*  
Nombre y firma del responsable del informe

\*Transferido espectro autista

