

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 **OCTUBRE 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. |
|------------------------|---|------------------------|---|
| MECANOTERAPIA | L.C.FYD: Adriana Carolina Cárdenas Vizcaíno | \$ 100.00 PESOS | 12 PACIENTES 06 MUJERES 06 HOMBRES |
| ELECTROTERAPIA | L.C.FYD: Adriana Carolina Cárdenas Vizcaíno. | \$ 100.00 PESOS | 12 PACIENTES 06 MUJERES 06 HOMBRES |
| MANO Y FACIAL | L.C.FYD: Adriana Carolina Cárdenas Vizcaíno. | \$ 100.00 PESOS | 0 PACIENTES 0 HOMBRE 0 MUJER |
| CONSULTA MEDICA | Dra. Ana Cristina Mejía Paredes. | \$ 200.00 PESOS | 0 PACIENTES MUJERES HOMBRES |
| | | | |

DE IGUAL MANERA LE INFORMO QUE LOS COSTOS SON ESTABLECIDOS 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. 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.

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 | | | |
| | | | 00 | | | 0 | | | 00 | 0 | | | 0 | 00 | | 0 | 0 | | | 0 | | 0 | | | 0 | 0 |
| Total | | | 00 | | 0 | 0 | 0 | | 00 | 0 | | | 0 | 00 | | 0 | 0 | | | 0 | | 0 | | | 0 | |

| Personas atendidas | | | |
|--------------------|-----------|----|-----------|
| Terapia Física | | | |
| | H | M | Total |
| 1ra. Vez | 00 | 0 | 0 |
| Subs | 06 | 06 | 12 |
| Total | 12 | | 12 |

| Terapia Ocupacional | | |
|---------------------|----------|---|
| | H | M |
| 1ra. Vez | | |
| Subs | | |
| Total | 0 | |

| Terapia de Lenguaje | | |
|---------------------|----------|---|
| | H | M |
| 1ra. Vez | | |
| Subs | | |
| Total | 0 | |

| Pláticas | |
|--------------------|----------|
| Eventos | Personas |
| | |
| Detecciones | |

| Terapias otorgadas | | |
|--------------------|----|---------------|
| Terapia Física | | |
| H | M | Prog. de casa |
| 13 | 13 | 0 |
| | | 26 |

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

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

| Total de terapias otorgadas | | |
|-----------------------------|----|-------|
| H | M | Total |
| 13 | 13 | 26 |

| Pac. Sub. | |
|--------------|-----------|
| H | M |
| 06 | 06 |
| Total | 12 |

| Otros Serv. | H | M | Total |
|--------------|----------|---|----------|
| Dental | | | 0 |
| Optometría | | | 0 |
| Nutrición | | | 0 |
| Pdagogía | | | 0 |
| Otros | | | 0 |
| Total | 0 | | 0 |

| Modalidad de Terapia | |
|----------------------|-----------|
| | Total |
| Mecanico | 26 |
| Electrico | 26 |
| Hydro | 26 |
| Total | 78 |

| Consulta Medica | | | |
|-----------------|----------|---|----------|
| Consulta | H | M | Total |
| 1ra. Vez | | | 0 |
| Subs | | | 0 |
| Total | 0 | | 0 |

| Principal causa de atención | |
|-----------------------------|--|
| Tendinitis | |
| Gonartrosis | |
| Lumbalgia | |

| Trabajo Social | | | |
|-----------------|---|---|-------|
| Pers. Atendidas | H | M | Total |
| | | 0 | |

| Psicología | | | |
|--------------|----------|---|----------|
| | H | M | Total |
| 1ra. Vez | 0 | 0 | |
| Subs | | 0 | 0 |
| Total | 0 | | 0 |

| Altas | | | | | | | | | |
|---------|---|-----------|---|------------------|---|--------------|---|-------|----|
| Mejoría | | Defunción | | Máximo Beneficio | | Inasistencia | | Total | |
| H | M | H | M | H | M | H | M | H | M |
| 2 | 2 | | | 1 | 1 | 2 | 1 | 05 | 04 |

| Personas con discapacidad de acudieron | | | | |
|--|----------|--------|-------------|-------|
| Visual | Auditiva | Motora | Intelectual | TEA * |
| 0 | 0 | 01 | 01 | |

*Transtorno 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. | Psi c. | Trabajo Social | Terapeuta Fisico | Terapeuta Ocupacional | Terapeuta Lenguaje | Aux. T.F. | Odontologo | Otros | Total |
| 1 | | 1 | 1 | 1 | | | | | | 4 |

