**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 2018, 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** | **$ 70.00 PESOS** | **27 PACIENTES**  13 MUJERES  14 HOMBRES |
| **ELECTROTERAPIA** | **L.C.FYD: Adriana Carolina Cárdenas Vizcaíno.** | **$ 70.00 PESOS** | **27 PACIENTES**  13 MUJERES  14 HOMBRES |
| **MANO Y FACIAL** | **L.C.FYD: Adriana Carolina Cárdenas Vizcaíno.** | 0 | 0 |
| **CONSULTA MEDICA** | **DRA.ANA CRISTINA**  **MEJIA PAREDES.** |  | **27 PACIENTES** |
|  |  |  |  |

**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 aérea 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 garanticé 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

COMBROBANTE DE DOMICILIO

IDENTIFICACION OFICIAL CON FOTOGRAFIA**.**

**ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Médico:** | | | **Dra. Ana Cristina Mejia Paredes.** | | | | | | | **Unidad de Rehabilitación:** | | | |  | | | | | | **Fecha:** | 01-09-2018 05-10-2018 | | | | |  |
| **Responsable del Informe:** | | | | **Adriana Carolina Cardenas Vizcaino.** | | | | | | | | **Correo electrónico del responsable del Informe** | | | | | | | [caro\_laks@hotmail.com](mailto:caro_laks@hotmail.com) | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| **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** |
|  |  | **0** |  | **0** |  |  |  | **0** |  | **0** |  |  | **2** | **1** | **5** | **3** | **2** | **4** | **1** | **2** | **2** | **1** | **2** | **2** | **14** | **13** |
| **Total** |  | **0** |  | **0** | **0** |  | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |  | **2** | **1** | **5** | **3** | **2** | **4** | **1** | **2** | **2** | **1** | **2** | **2** | **27** | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Personas atendidas** | | | |  | **Terapias otorgadas** | | |  |  | **Pac. Sub.** | |  | **Modalidad de Terapia** | |  | **Consulta Medica** | | | |  | **Principal causa de atención** | | | |  |  |
| **Terapia Fisica** | | | |  | **Terapia Fisica** | | |  |  | H | M |  | Mecano | **77** |  | **Consulta** | **H** | M | **Total** |  | **Tendinitis** | | | |  |  |
|  | **H** | **M** | **Total** |  | **H** | **M** | **Prog. de casa** |  |  | 44 | 33 |  | Electro | **77** |  | 1ra. Vez |  |  |  |  | **Gonartrosis** | | | |  |  |
| 1ra. Vez | **0** | **0** |  |  | 44 | 33 |  |  |  | **Total** | 77 |  | Hidro | **3** |  | Subs | 14 | 13 | 27 |  | **Lumbalgia** | | | |  |  |
| Subs | **14** | **13** | **27** |  |  |  | **77** |  |  |  |  |  | **Total** | 157 |  | **Total** | | | 27 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Total** | | 27 |  | **T. Ocupacional** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Terapia Ocupacional** | | | |  | **H** | **M** | **Prog. de casa** |  |  | **Otros Serv.** | **H** | **M** | **Total** |  | **Trabajo Social** | | | |  | **Psicología** | | | |  |  |  |
| 1ra. Vez |  |  | **0** |  |  |  |  |  |  | **Dental** |  |  | **0** |  | Pers. Atendias | H | M | Total |  |  | H | M | Total |  |  |  |
| Subs |  |  | **0** |  |  |  |  |  |  | **Optometria** |  |  | **0** |  | **0** | **0** |  |  | 1ra. Vez |  | **0** |  |  |  |  |
|  | **Total** | | 0 |  | **T. de Lenguaje** | | |  |  | **Nutrición** |  |  | **0** |  |  |  |  |  |  | Subs |  | **0** |  |  |  |  |
| **Terapia de Lenguaje** | | | |  | **H** | **M** | **Prog. de casa** |  |  | **Pdagogía** |  |  | **0** |  |  |  |  |  |  |  | **Total** | | **0** |  |  |  |
| 1ra. Vez |  |  | **0** |  |  |  |  |  |  | **Otros** |  |  | **0** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Subs |  |  | **0** |  |  |  |  |  |  | **Total** | | | **0** |  | **Altas** | | | | | | | | | |  |  |
|  | **Total** | | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Mejoría** | | **Defunción** | | **Máximo Beneficio** | | **Inasistencia** | | **Total** | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | H | M | H | M | H | M | H | M | H | M |  |  |
| **Pláticas** | |  |  | **Total de terapias otorgadas** | | |  | **Personas con discapacidad de acudieron** | | | | |  |  | 3 | 5 | 0 | 0 | 2 | 4 |  |  |  |  |  |  |
| **Eventos** |  |  |  | **H** | **M** | **Total** |  | Visual | Auditiva | Motora | Intelectual | TEA**\*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Personas** |  |  |  | **44** | **33** | **77** |  | 0 | 0 |  |  |  |  |  | **Recursos Humanos con los que cuenta la Unidad** | | | | | | | | | | |  |
| **Detecciones** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **\***Transtorno espectro autista | | | | Medico Esp. | Medico Gral. | Psic. | Trabajo Social | Terapeuta Físico | Terapeuta Ocupacional | Terapeuta Lenguaje | Aux. T.F. | Odontologo | Otros | Total |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **1** |  | **1** | **1** | **1** |  |  |  |  |  | **4** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **Nombre y firma del responsable del informe** | | | | | | |  |  |  |  |  |  | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |