

## **REPORTE DIARIO 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 CORDIAL SALUDO Y AL MISMO TIEMPO ME PERMITO ENVIAR EL REPORTE DEL MES DE DICIEMBRE 2018, 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>\$ 70.00 PESOS</b>	<b>17 PACIENTES 10 MUJERES 07 HOMBRES</b>
<b>ELECTROTERAPIA</b>	<b>L.C.FYD: Adriana Carolina Cárdenas Vizcaíno.</b>	<b>\$ 70.00 PESOS</b>	<b>17 PACIENTES 10 MUJERES 07 HOMBRES</b>
<b>MANO Y FACIAL</b>	<b>L.C.FYD: Adriana Carolina Cárdenas Vizcaíno.</b>	<b>\$ 70.00 PESOS</b>	<b>1 PACIENTE  1 MUJER</b>
<b>CONSULTA MEDICA</b>	<b>DRA. ANA CRISTINA MEJIA PAREDES.</b>		<b>17 PERSONAS</b>

*ADRIANA CAROLINA*

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



Nombre del Médico:	<b>Dra. Ana Cristina Mejia Paredes.</b>	Unidad de Rehabilitación:	UBR Tuxcueca Jalisco	Fecha:	10-12-18 - 15-01-19
Responsable del Informe:	Adriana Carolina Cardenas Vizcaino	Correo electrónico del responsable del Informe:	<a href="mailto:caro_laks@hotmail.com">caro_laks@hotmail.com</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		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		1		0			0		3	0	1	1	1	3	1	2	1	3			7	10
Total	0	0	0	0	0	1	0	0		0	0		3	0	1	1	1	3	1	2	1	3		0	17	

**Personas atendidas**

**Terapia Fisica**

	H	M	Total
1ra. Vez	7	10	
Subs	7	10	
<b>Total</b>			17

**Terapias otorgadas**

**Terapia Fisica**

H	M	Prog. de casa
18	33	0
		51

**Modalidad de Terapia**

Mecano	51
Electro	48
Hidro	0
<b>Total</b>	99

**Consulta Medica**

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

**Principal causa de atención**

TENDINITIS
Gonartrosis
LUMBALGIA

**Terapia Ocupacional**

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

**T. Ocupacional**

H	M	Prog. de casa

**Otros Serv.**

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

**Trabajo Social**

Pers. Atendidas	H	M	Total
	0	0	

**Psicología**

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

**Terapia de Lenguaje**

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

**T. de Lenguaje**

H	M	Prog. de casa

**Altas**

Mejoría		Defunción		Máximo Beneficio		Inasistencia		Total	
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
1	3	0	0	1	3	2	6	4	12

**Pláticas**

Eventos	
Personas	
Detecciones	

**Total de terapias otorgadas**

H	M	Total
18	33	51

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

Medico Esp.	Medico Gral.	Psic.	Trabajo Social	Terapeuta Fisico	Terapeuta Ocupaciona	Terapeuta Lenguaje	Aux. T.F.	Odontologo	Otros	Total
1		1	1	1						4

Nombre y firma del responsable del informe