

**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 **SEPTIEMBRE 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>16 PACIENTES 09 MUJERES 07 HOMBRES</b>
<b>ELECTROTERAPIA</b>	<b>L.C.FYD: Adriana Carolina Cárdenas Vizcaíno.</b>	<b>\$ 100.00 PESOS</b>	<b>16 PACIENTES 09 MUJERES 07 HOMBRES</b>
<b>MANO Y FACIAL</b>	<b>L.C.FYD: Adriana Carolina Cárdenas Vizcaíno.</b>	<b>\$ 100.00 PESOS</b>	<b>2 PACIENTES  01 HOMBRE 01 MUJER</b>
<b>CONSULTA MEDICA</b>	<b>Dra. Ana Cristina Mejía Paredes.</b>	<b>\$ 200.00 PESOS</b>	<b>0 PACIENTES MUJERES HOMBRES</b>

**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. 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:**

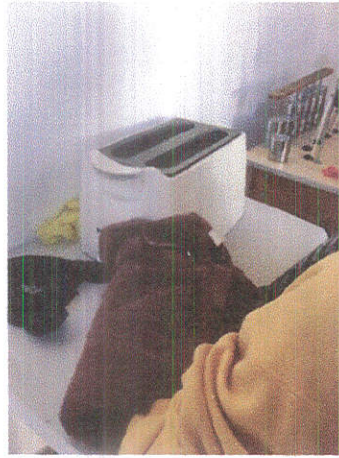
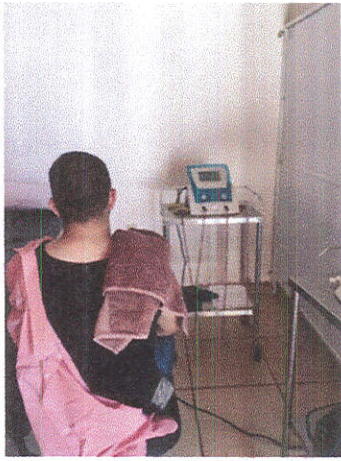
ACTA DE NACIMIENTO

CURP

COMPROBANTE DE DOMICILIO

IDENTIFICACION OFICIAL CON FOTOGRAFIA.

**ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL.**



Responsable del Informe: Adriana Carolina Cárdenas Vizcalino. Correo electrónico del responsable del Informe: [terapiatuxcuca@tuxcuca.gob.mx](mailto:terapiatuxcuca@tuxcuca.gob.mx)

**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 alH	Tot alM
Sexo	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
	00	00	0	00	0	00	0	00	0	01	0	0	0	01
<b>Total</b>	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>0</b>	<b>00</b>	<b>0</b>	<b>00</b>	<b>0</b>	<b>00</b>	<b>0</b>	<b>01</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>01</b>	<b>01</b>

**Personas atendidas**

**Terapias otorgadas**

**Pac. Sub.**

**Modalidad de Terapia**

**Consulta Médica**

**Principal causa de atención**

Terapia Física	H	M	Tot al
1ra. Vez	00	01	01
Subs	07	08	14
<b>Tota l</b>	<b>07</b>	<b>08</b>	<b>14</b>

Terapia Física	H	M	Prog. de de casa
1ra. Vez	14	19	0
Subs	07	08	33
<b>Tota l</b>	<b>21</b>	<b>27</b>	<b>33</b>

H	M	Total
07	08	15

Mecan o	Electr o	Hidro	Total
33	33	33	99

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

Tendinitis	
Gonartrosis	
Lumbalgia	

**Terapia Ocupacional**

**T. Ocupacional**

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

**Trabajo Social**

**Psicología**

Pers. Atendidas	H	M	Total
	01	1	1

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

Terapia de Lenguaje	H	M	Prog. de de casa
1ra. Vez	0	0	0
Subs	0	0	0
<b>Tota l</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

T. de Lenguaje	H	M	Prog. de de casa

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

**Altas**

Mejoría	Defunción	Máximo Beneficio	Inasistencia	Total
H	M	H	M	H
1	1	1	2	1
				04
				03

Pláticas	H	M	Tot al
Eventos	14	19	33
Personas			

Total de terapias otorgadas	H	M	Tot al
	14	19	33

Personas con discapacidad de acudieron	Visu al	Auditiv a	Motora	Intelectu al	TEA *
	0	0	02	0	

\*Transtorno espectro autista

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

Medico Esp.	Medico Gral.	Psic. Social	Trabajador Social	Terapeuta Físico	Terapeuta Ocupacional	Terapeuta de Lenguaje	Aux. T.F.	Odonólogo	Otros	Total
1	1	1	1	1						4

Nombre y firma del responsable del informe