



**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 **JULIO DE 2021**. 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.T.F Álvaro Francisco Saldaña Rodríguez.</b>	<b>\$ 100.00 PESOS</b>	<b>09 PACIENTES</b> 07 MUJERES 02 HOMBRES
<b>ELECTROTERAPIA</b>	<b>L.T.F. Álvaro Francisco Saldaña Rodríguez.</b>	<b>\$ 100.00 PESOS</b>	<b>09 PACIENTES</b> 07 MUJERES 02 HOMBRES
<b>MANO Y FACIAL</b>	<b>L.T.F. Álvaro Francisco Saldaña Rodríguez.</b>	<b>\$ 100.00 PESOS</b>	<b>01 PACIENTES</b> 0 HOMBRE 1 MUJER
<b>CONSULTA MEDICA</b>	<b>Dra. Ana Cristina Mejía Paredes.</b>	<b>\$ 200.00 PESOS</b>	<b>0 PACIENTES</b> <b>0 MUJERES</b> <b>0 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. 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.**

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

**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
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		0	0
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		0	0

**Personas atendidas**

Terapia Fisica	H	M	Tot al
1ra. Vez	0	0	0
Subs	2	7	9
<b>Tot al</b>	<b>09</b>		

**Terapias otorgadas**

Terapia Fisica	H	M	Tot al
1ra. Vez	0	0	0
Subs	11	26	37
<b>Tot al</b>	<b>11</b>	<b>26</b>	<b>37</b>

**Pac. Sub.**

H	M	Total
02	07	09

**Modalidad de Terapia**

Mecanico	H	M	Total
0	0	0	0
Electro	37	0	37
Hidro	0	0	0
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>0</b>	<b>37</b>

**Consulta Medica**

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

**Principal causa de atención**

Tendinitis	0
Gonartrosis	0
Lumbalgia	0

**Terapia Ocupacional**

1ra. Vez	Subs	Tot al
0	0	0
0	0	0
<b>Tot al</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**T. Ocupacional**

H	M	Tot al
0	0	0

**Otros Serv.**

Dental	Optometria	Nutrición	Pdagogí a	Otros	Total
0	0	0	0	0	0

**Trabajo Social**

Pers. Atendi das	H	M	Total
0	0	0	0

**Psicología**

1ra. Vez	Subs	Tot al
0	0	0
0	0	0
<b>Tot al</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**Terapia de Lenguaje**

1ra. Vez	Subs	Tot al
0	0	0
0	0	0
<b>Tot al</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**T. de Lenguaje**

H	M	Tot al
0	0	0

**Otros Serv.**

Dental	Optometria	Nutrición	Pdagogí a	Otros	Total
0	0	0	0	0	0

**Pláticas**

Eventos	Personas
0	0

**Total de terapias otorgadas**

H	M	Tot al
10	29	37

**Personas con discapacidad de acudieron**

Visu al	Auditi va	Motora	Intelectu al	TE A*
0	0	01	0	0

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

Medico Esp.	Medico Gral.	Psic. Social	Traba jo Social	Terapeu ta Fisico	Terapeuta Ocupacio nal	Terapeu ta de Lenguaje	Au x. T.F.	Odontolo go	Otro s	Total
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4



*Alcorno Sico Selva*  
Nombre y firma del responsable del Informe