

SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

DIRECCION DE INTEGRACIÓN SOCIAL
DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

UNIDAD BASICA DE REHABILITACIÓN

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LAS UNIDADES BÁSICAS DE REHABILITACION DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI.

INTRODUCCIÓN

El presente manual es un documento que detalla en forma metódica y cronológica las operaciones en cada una de sus tareas asistenciales para las cuales fue creada: en este se detalla lo siguiente:

- *Establece responsabilidades para ejecutar y controlar las actividades de la organización.*
- *Eleva la eficiencia en las actividades.*
- *Evita errores y retrasos en la operación.*

En el alcance del procedimiento

Se definen las áreas y/o procesos de la organización a los que se les aplica el procedimiento que se desarrolla.

En el apartado de las definiciones

En este apartado se incluyen los conceptos propios de la organización que puedan causar confusión en el desarrollo, entendimiento o aplicación del procedimiento.

En el apartado de responsabilidad de la autoridad

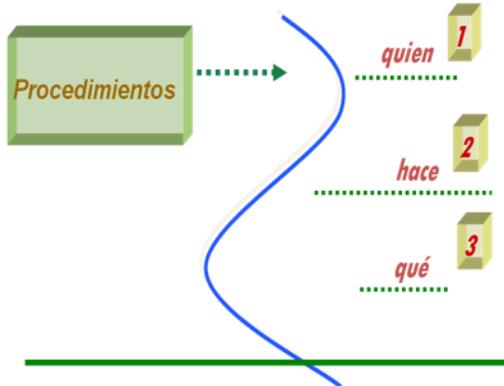
Se señala el conjunto de lineamientos o directrices que responsabiliza y faculta al personal de acuerdo a su nivel jerárquico, para tomar decisiones en la realización de las actividades del procedimiento

El diagrama de flujo

Es la representación gráfica de los procedimientos previamente detallados, con el fin de tener una visión de conjunto y muestra:

- Áreas o unidades responsables
- Secuencia de las actividades
- Caminos a seguir
- Productos generados (documentos, bases de datos, etc.)

Muestra del Desarrollo del procedimiento



A través del presente instrumento se busca unificar los criterios de operación de las unidades básicas de rehabilitación y con ello mejorar los servicios que se otorgan.

Para la elaboración del presente Manual, se utilizó la investigación documental y los resultados de la práctica en campo durante las visitas de supervisión y trabajo con las UBR.

1.2.-Antecedentes Históricos

Los antecedentes del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, se remontan al año de 1929, cuando un grupo de mujeres mexicanas se organizaron para dar leche y desayunos escolares a niñas y niños desamparados de la capital del país. Este programa se llamó “Una gota de leche”.

A partir de 1943, estas actividades se incorporan a la Secretaría de Asistencia Pública, en la que se compartían con el Departamento de Salubridad, las acciones de atención a los grupos sociales más desprotegidos y vulnerables. En este momento el concepto de asistencia social comienza a tener relevancia en las políticas públicas.

El 31 de enero de 1961 por decreto presidencial, se crea el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), que tiene como eje principal el programa de desayunos escolares.

Por otro lado, el 15 de julio de 1968 surge el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN), instancia responsable de brindar atención a niñas y niños huérfanos, abandonados, desvalidos, discapacitados o con ciertas enfermedades.

El INPI es reestructurado en 1975 y se le denomina Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI).

El 10 de enero de 1977, por decreto presidencial, es creado el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), con la finalidad de coordinar las acciones del IMPI y el IMAN,.

El Sistema, como institución que se replica en los tres órdenes de gobierno, es una de las estructuras más federalizadas en el país. Está integrada por un organismo central, el DIF Nacional; cuenta con 32 DIF Estatales, autónomos, que dependen de los ejecutivos estatales; y con más de mil 459 DIF Municipales, que forman parte de los Ayuntamientos.

En San Luis Potosí, se dio esta fusión el 17 de abril de 1977, durante la gubernatura del Lic. Guillermo Fonseca Álvarez, mediante el decreto número 158, publicado en el Periódico Oficial del Estado de San Luis Potosí.

En 1987 y con la finalidad de extender la cobertura de los servicios de rehabilitación extra hospitalarios, el Sistema Nacional DIF crea a nivel nacional **el Programa de Rehabilitación con Participación de la Comunidad**, mismo que se opera a través de la creación de las Unidades Básicas de Rehabilitación.

El DIF Estatal, con el interés de cubrir la demanda de rehabilitación de nuestra Entidad, decide instalar las UIBR, formando a la par al personal auxiliar especializado en la atención de personas con discapacidad.

El DIF Estatal es una institución del gobierno del estado, responsable de implementar acciones de asistencia social.

Las funciones y responsabilidades del DIF, están descritas en la Ley de Asistencia Social para el Estado y los Municipios de San Luis Potosí.

Conforme lo marca la ley, las acciones de la institución tienen como objetivo modificar y mejorar las capacidades físicas, mentales y situación social de población vulnerable, que

por su condición de desventaja, abandono o desprotección física, mental, jurídica o social, carezca de las condiciones necesarias para procurarse por sí mismos su bienestar.

Sus programas abarcan acciones para la prevención y atención en materia de:

- Factores que propicien la unión familiar
- Derechos de la niñez y la adolescencia, para generar condiciones que permitan su desarrollo integral
- Respeto e inclusión de los adultos mayores
- Asistencia jurídica, psicológica y social a población vulnerable
- Violencia familiar, escolar y de género, así como prevención del abuso sexual
- Sensibilización para evitar la discapacidad adquirida, crear una cultura de inclusión social y servicios para la rehabilitación e integración plena de las personas con discapacidad
- Orientación nutricional y asistencia alimentaria en zonas marginadas
- Impulso al desarrollo comunitario en zonas marginadas mediante proyectos productivos familiares y comunitarios
- Apoyos asistenciales a población sujeta de asistencia social, en casos de desastres naturales y problemas de salud graves
- Resguardo y albergue a niñas, niños, adolescentes y adultos mayores que se encuentran en condiciones de abandono o riesgo
- Adicciones y trastornos de alimentación

Una de las Direcciones que atiende lo relacionado con la discapacidad es la Dirección de Integración Social de Personas con Discapacidad, de donde depende el Centro de Rehabilitación y Educación Especial, y de este último, las Unidades Básicas de Rehabilitación.

III.- REFERENTE JURIDICO

El presente referente jurídico recopila los fundamentos y alcances que sustentan las acciones institucionales descritas, las cuales que están planteadas en la legislación mexicana y en los acuerdos, convenciones y convenios internacionales en materia de discapacidad.

Enfatiza los aspectos relevantes sobre asistencia social y el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la aplicación de políticas públicas en la materia y en consonancia con los compromisos internacionales establecidos por el Estado Mexicano, difundiendo la definición de los principales conceptos en este campo, contando con la concurrencia institucional de los tres órdenes de gobierno y en la invaluable participación de la sociedad civil, para llevar a cabo el diseño, implementación y coordinación de acciones, así como la clara definición de sus atribuciones y funciones como instituciones interesadas en la atención de las personas con discapacidad.

Gran parte de las acciones que se realizan actualmente y otras que se están proyectando se asientan en el impulso de la coordinación entre los distintos actores involucrados en la materia de discapacidad.

Para efectos de ofrecer un rápido panorama de los referentes jurídicos, a continuación se presentan los principales ordenamientos jurídico-normativos, nacionales, internacionales, estatales y municipales que sustentan sus acciones.

3.1. Tabla contenido de referentes jurídicos:

Internacional	Nacional	Estatal	Municipal
<p>Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 37/52 3 de diciembre de 1982.</p> <p>Convenio 159 Sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas. OIT.</p> <p>Ginebra Suiza, 20 de junio de 1983</p>	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos</p>	<p>Constitución Política del Estado de San Luis Potosí, Publicada en el DOF el 11/06/2003</p>	<p>Bando de policía y buen gobierno de cada Municipio.</p>
<p>Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad OEA, República de Guatemala 7 de junio de 1999.</p> <p>Normas Uniformes Sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Garantizar que niñas, niños, mujeres y hombres con discapacidad tengan los mismos derechos y obligaciones que los demás miembros de la sociedad.</p>	<p>Ley General de Salud Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 TEXTO VIGENTE Última reforma publicada DOF 15-01-2014</p>	<p>Ley de Asistencia Social para el Estado y Municipios de San Luis Potosí Publicada en el DOF el 18/12/2008</p>	
<p>Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas¹</p>	<p>Ley General de las Personas con Discapacidad Diario Oficial de la Federación. 10 de junio de 2005</p>	<p>Ley de Integración Social de personas con discapacidad para el Estado de San Luis Potosí, Publicada en el DOF el 4/12/1995 Texto vigente, última</p>	

		reforma publicada DOF 07/04/1997	
Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad	Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad Diario Oficial de la Federación: 13 de Febrero de 2001.	Aviso de Funcionamiento y Alta Sanitaria (COEPRIS-SSA)	
C159 Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas (Ratificado el 5 de abril 2004)	Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, Para la atención integral a personas con discapacidad.	Elaboración y Firma de Convenios del Estado y Municipios.	
	Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Lunes 15 de Octubre 2012		
	NOM-019-SSA-3-2013 Practica de enfermería en el sistema Nacional de salud.		
	Ley de Asistencia Social Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de septiembre de 2004 TEXTO VIGENTE Última reforma publicada DOF 19-12-2014		
	Ley General para la inclusión de las personas con discapacidad Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 2011 Texto Vigente Última reforma publicada DOF 17-12-2015		
	Ley Federal del Trabajo (LFT) Decreto por el que se reforman, adicionan		

	Reglamento de la Ley General de las Personas con Discapacidad		
	Norma Mexicana NMX-R-050-SCFI-2006, accesibilidad de las personas con discapacidad a Espacios construidos de servicio al público-especificaciones de seguridad.		
	NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010, Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de sistemas de expediente clínico electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud.		
	Ley Federal de Protección de Datos Personales en posesión de los particulares		

OBJETIVO DE MANUAL

A través del presente documento se busca unificar los criterios de trabajo de forma gráfica y narrativa, por medio de procedimientos que permitan a quienes trabajan en las Unidades Básicas de Rehabilitación tener al alcance los procesos que permitan atender a las personas con discapacidad de forma eficiente y rápida.

DESCRIPCION DE LOS PROCESOS

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:

INGRESO A LA UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN.

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:

Dotar de mecanismos y herramientas al personal de la UBR, para tener un proceso adecuado de ingreso de pacientes a los diversos servicios otorgados en la unidad.

ÁREAS DE APLICACIÓN:

Usuario
Trabajo Social
Responsable de UBR
Profesionales Que Otorgan el Servicio

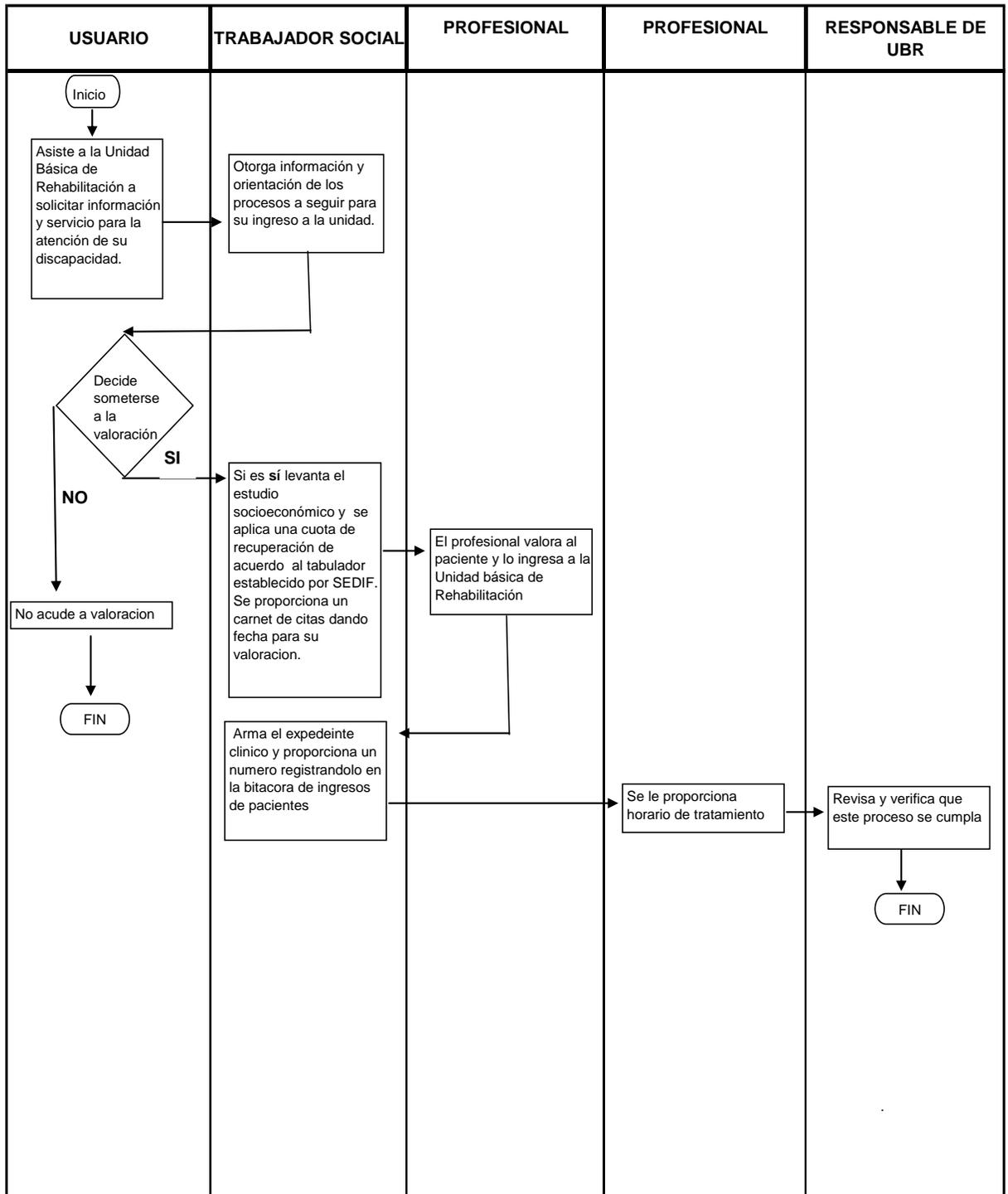
POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Dirección: de Integración Social de Personas con Discapacidad		Fecha de elaboración: 22 marzo 2016
Coordinación General del CREE		
Jefe del Departamento de Valoración y Tratamiento		
Unidades Básicas de Rehabilitación		
Procedimiento: Ingreso a la Unidad Básica de Rehabilitación.		
<p>Políticas aplicadas a cada área dentro del proceso</p> <ul style="list-style-type: none"> • El usuario asistirá a la Unidad Básica de Rehabilitación a solicitar información y servicio para la atención de su discapacidad. • Al usuario se le proporcionará la información solicitada por el trabajador social. • El trabajador social elaborará el estudio socioeconómico, aplicará cuota de recuperación de acuerdo al tabulador establecido por SEDIF y se proporcionará un carnet de citas dando fecha para su valoración médica. • El usuario deberá ser valorado por el médico especialista en rehabilitación para recibir tratamiento. • El profesional valorará al paciente y lo ingresa a la Unidad Básica de Rehabilitación. • El trabajador social armará el expediente clínico y proporcionará un número registrándolo en la bitácora de ingresos de pacientes. • El profesional proporcionará el día y horario para su tratamiento. • El responsable de UBR, revisará y verificará que este proceso se cumpla 		
Formuló	Revisó	Autorizó
Raymundo Lara Silva	Dra. María de Lourdes Ávila Álvarez	Guillermo Sánchez Berrones

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Dirección: de Integración Social de Personas con Discapacidad		Fecha de elaboración: 22 marzo 2016
Coordinación General del CREE		
Jefe del Departamento de Valoración y Tratamiento		
Unidades Básicas de Rehabilitación		
Procedimiento: INGRESO A LA UNIDAD BASICA DE REHABILITACION		
Responsable	Operación Núm.	Descripción de la actividad
Usuario	1	Asiste a la Unidad Básica de Rehabilitación a solicitar información y servicio para la atención de su discapacidad.
Trabajador social	2	Otorga información y orientación de los procesos a seguir para su ingreso a la unidad.
Usuario	3	Decide someterse a la valoración médica sí o no.
Trabajador social	4	S: levantará el estudio socioeconómico y aplicará una cuota de recuperación de acuerdo al tabulador establecido por el SMDIF. Se proporciona un carnet de citas dando fecha para su valoración. No: se concluye el proceso.
Usuario	5	Acude a la valoración médica
Profesional que otorga el servicio.	6	El médico especialista en medicina de rehabilitación valora al paciente y lo ingresa a la unidad básica de rehabilitación
Trabajador social	7	Arma el expediente clínico y proporciona un número de expediente y lo registró en la bitácora de ingresos de pacientes
Profesional que otorga el servicio.	8	Se le proporciona horario de tratamiento
Responsable de UBR	9	Revisa y verifica que este proceso se cumpla
Formuló	Revisó	Autorizó
Raymundo Lara Silva	Dra. María de Lourdes Ávila Álvarez.	Guillermo Sánchez Berrones

Diagrama de flujo del procedimiento Ingreso a La Unidad Básica de Rehabilitación



CARNET DE CITAS

REGLAMENTO PARA PACIENTE

UNIDAD DE REHABILITACION
CENTRO DE REHABILITACION
Y EDUCACION ESPECIAL

LOCALIDAD
SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

No. DE EXPEDIENTE

NOMBRE DEL USUARIO

CARNET DE CITAS

SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA

CLASIFICACION



CARATULA

CONSULTA	DIA MES HORA	DIA MES HORA	DIA MES HORA	DIA MES HORA
MEDICINA FISICA		INTERIOR		
TRABAJO SOCIAL				
TERAPIA FISICA				
TERAPIA DE LENGUAJE				
PSICOLOGIA				

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:

Cobro de Cuota de Recuperación

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:

Unificar las cuotas de recuperación de las Unidades Básicas de Rehabilitación acorde a las diversas zonas geográficas del Estado de San Luis Potosí.

ÁREAS DE APLICACIÓN:

USUARIO
TRABAJO SOCIAL
RESPONSABLE DE UBR
PROFESIONALES QUE OTORGAN EL SERVICIO

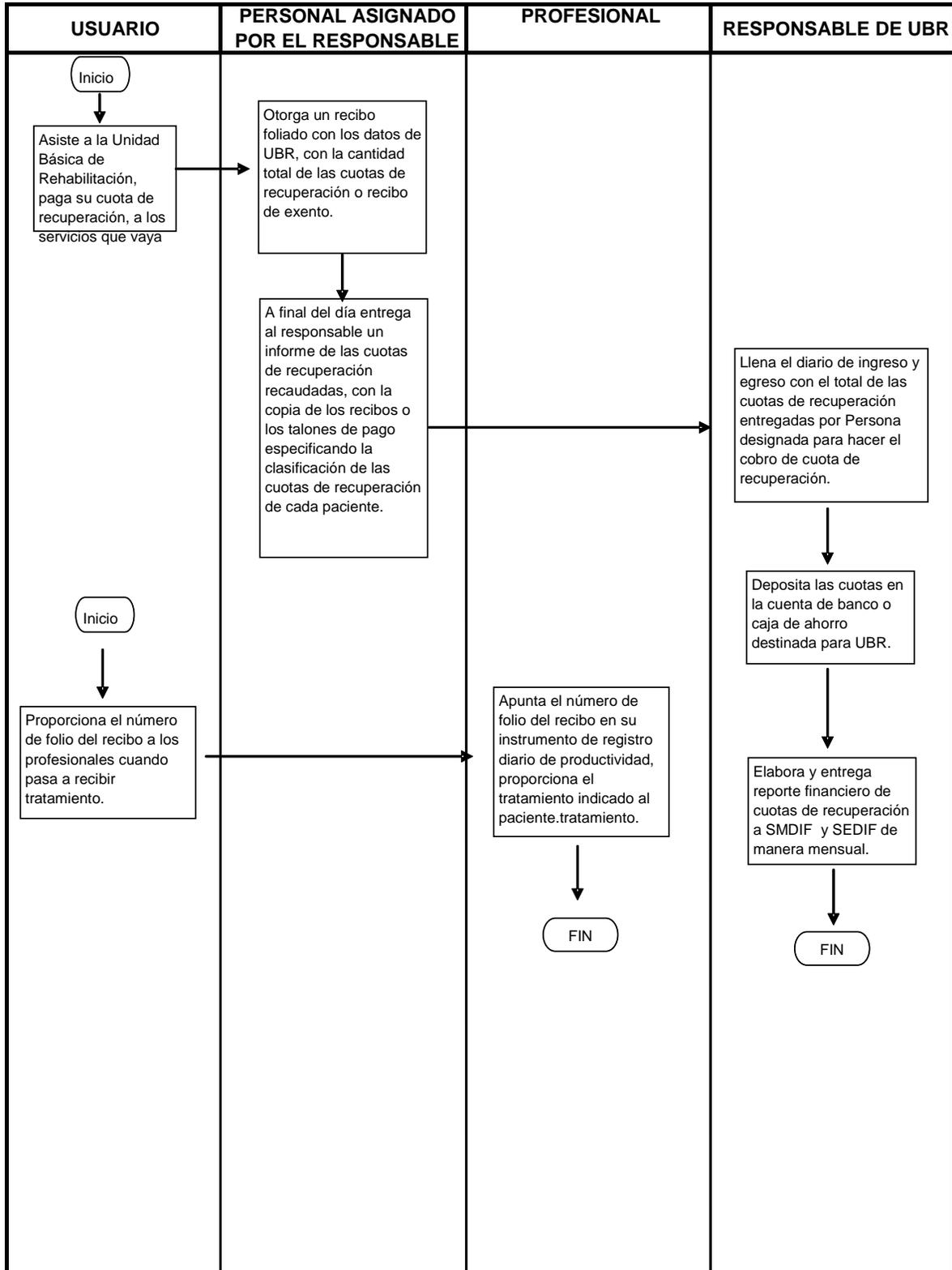
POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Dirección: de Integración Social de Personas con Discapacidad		Fecha de elaboración: 22 marzo 2016
Coordinación General del CREE		
Jefe del Departamento de Valoración y Tratamiento		
Unidades Básicas de Rehabilitación		
Procedimiento: Cobro de Cuota de Recuperación		
Políticas aplicadas a cada área dentro del proceso:		
<p>El trabajador social deberá definir la cuota de recuperación por servicio de acuerdo al tabulador autorizado por el DIF Estatal.</p> <p>El trabajador social, con la información obtenida previamente en el estudio socioeconómico, deberá corroborar los datos e información mediante visita domiciliaria, cuando se considere conveniente.</p> <p>El responsable de la UBR designara una persona que se encargara de realizar el cobro de las cuotas de recuperación la cual se realizara antes de pasar a tratamiento, se le proporcionara un recibo foliado al paciente donde se anotara el importe total de las cuotas de recuperación, especificando cada servicio pagado, en el caso de que el paciente no pague cuota de recuperación se entregara un recibo de exento.</p> <p>El responsable de UBR, deberá registrar las entradas de las cuotas de recuperación y registrar las salidas del recurso y su utilización entregando un informe al SMDIF.</p> <p>El responsable de UBR depositara las cuotas de recuperación en la cuenta bancaria exclusiva de la UBR: en el caso de que las cuotas sean entregadas a SMDIF, este deberá tener un registro del ingreso y egreso en el que fue utilizado el recurso, el cual deberá de ser utilizado para la adquisición de equipo y o consumibles necesarios para que la unidad básica de rehabilitación opere adecuadamente</p> <p>El responsable de UBR deberá realizar y enviar un reporte mensual de productividad a su SMDIF y DIF Estatal.</p> <p>Los diversos profesionales encargados de otorgar los servicios anotarán el folio del recibo en el apartado de su registro diario y deberán de tratar al paciente con calidad y calidez.</p>		
Formuló	Revisó	Autorizó
Raymundo Lara Silva	Dra. María de Lourdes Ávila Álvarez.	Guillermo Sánchez Berrones

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Dirección: de Integración Social de Personas con Discapacidad		Fecha de elaboración: 22 marzo 2016
Coordinación General del CREE		
Jefe del Departamento de Valoración y Tratamiento		
Unidades Básicas de Rehabilitación		
Procedimiento: COBRO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN		
Responsable	Operación Núm.	Descripción de la actividad
Usuario	1	Asiste a la Unidad Básica de Rehabilitación, paga su cuota de recuperación, de los servicios a los que vaya a pasar.
Persona designada por el responsable para hacer el cobro de cuota de recuperación	2	Otorga un recibo foliado con los datos de UBR, con la cantidad total de las cuotas de recuperación o recibo de exento.
Usuario	3	Proporciona el número de folio del recibo a los profesionales cuando pasa a recibir tratamiento.
Profesional que otorga el servicio.	4	Apunta el número de folio del recibo en su instrumento de registro diario de productividad, proporciona el tratamiento indicado al paciente.
Persona designada por el responsable para hacer el cobro de cuota de recuperación	5	A final del día entrega al responsable un informe de las cuotas de recuperación recaudadas, con la copia de los recibos o los talones de pago especificando la clasificación de las cuotas de recuperación de cada paciente.
Responsable de UBR	6	Llena el diario de ingreso y egreso con el total de las cuotas de recuperación entregadas por Persona designada para hacer el cobro de cuota de recuperación.
Responsable de UBR	7	Deposita las cuotas en la cuenta de banco o caja de ahorro destinada para UBR.
Responsable de UBR	8	Elabora y entrega reporte financiero de cuotas de recuperación a SMDIF y SEDIF de manera mensual.
Formuló		Revisó
Raymundo Lara Silva		Dra. María de Lourdes Ávila A.
		Autorizó
		Guillermo Sánchez Berrones

Diagrama de flujo del procedimiento CUOTAS DE RECUPERACIÓN



**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL
 ESTADO DE SAN LUIS POTOSI
 DIRECCION DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
 CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL**

ESTUDIO SOCIOECONOMICO PARA UBR

1. DATOS GENERALES DEL USUARIO

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____			
Fecha De Nacimiento: _____		Lugar y Origen de nacimiento: _____	
Día/Mes/Año			
Estado civil _____		Escolaridad: _____	
Ultimo grado cursado			
Tipo de Discapacidad: _____			
(Dato relevante)			
Domicilio: _____			
Calle	No.	Colonia	
C.P. _____			
Delegación	Unidad	Territorial	
Calles colindantes con el domicilio: _____			
Teléfono de casa o celular _____		Medios de transporte para llegar al domicilio: _____	

3.- INGRESOS Y EGRESOS DE LA FAMILIA

INGRESO mensual (registrar quién, cuánto aporta y suma total.).

EGRESOS mensuales

Tipo de gastos	Importe \$	Tipo de gastos	Importe \$
Alimentación		Transporte	
Gas O Combustible		Educación	
Renta		Gastos médicos	
Agua		Recreación	
Predial		Abonos o créditos	
Electricidad (Luz)		Ropa y calzado	
Teléfono		Fondos de ahorro, tandas ,prestamos	
Teléfono celular		Crédito para construcción de vivienda	
Total de Egresos	\$	Superávit	\$
		Déficit	\$

4. VIVIENDA

Tenencia de la vivienda

Propia () Rentada () Prestada () Invasada ()

Tipo de vivienda

Casa sola () Departamento () Vecindad () Campamento () Albergue () Accesorio () Número de dormitorios: _____ Índice de hacinamiento: _____ Sala () Comedor () Cocina () Baño privado () Baño colectivo ().

Materia predominante en la construcción de la vivienda Paredes: Tabique () Madera () Cartón () Otros materiales () Especificar: _____ Techos: Concreto () Lámina de asbesto () Lámina de cartón () Lámina metálica () Pisos: Mosaicos () Loseta () Cemento () Tierra apisonada () Madera () Otro material: (especificar) _____

Mobiliario:

Televisión () Estéreo () Video () DVD () Estufa () Horno de microondas () Lavadora () Centro de lavado () Refrigerador () Computadora ()

5. SALUD

Servicios médicos con los que cuenta la familia:

IMSS () ISSSTE () Centro de salud () Dispensario () Médico Privado () Otros ()
(Especifique) _____

Frecuencia con la que asiste el usuario al médico:

Una vez por semana () Mensualmente () Anualmente () Cuando se enferma ()

Enfermedades frecuentes en la Familia:

Respiratorias	()	¿Cuál(es)? _____	¿Quién la padece? _____
Gastrointestinales	()	¿Cuál(es)? _____	¿Quién la padece? _____
Dermatológicas	()	¿Cuál(es)? _____	¿Quién la padece? _____
Neurológicas	()	¿Cuál(es)? _____	¿Quién la padece? _____
Cáncer	()	¿De qué tipo? _____	¿Quién la padece? _____
Hipertensión	()	¿Cuál(es)? _____	¿Quién la padece? _____
Obesidad	()	¿Cuál(es)? _____	¿Quién la padece? _____
Diabetes mellitus	()	¿De qué tipo? _____	¿Quién la padece? _____

6.- ALIMENTACION

Tipo de alimento	Frecuencia con que lo consume				
	Diario	Cada tercer día	Una vez a la semana	Una vez al mes	Ocasionalmente
Carne de res					
Carne de pollo					
Carne de cerdo					
Carne de pescado					
Leche					
Cereales					
Huevo					
Frutas					
Verduras					
Leguminosas: Frijol, haba, lentejas, alubias, alverjón, etc.					

7.- RECREACION Y USO DEL TIEMPO LIBRE FAMILIAR

Actividades familiares el fin de semana:

Practicar deporte () Ir al cine () Visitar familiares () Realizar quehaceres del hogar () Actividades al aire libre () Otro especificar: _____

Actividades del usuario:

Estudia (en caso afirmativo, qué estudia) _____ Realiza deporte () Ve televisión ()
Hace sus tareas () Realiza los quehaceres del hogar () Video juegos () Juega con amigos () Juega con hermano o familiares () Trabaja () Otros (especificar) _____

A) Organización y funcionamiento

B) Comunicación

C) Roles

D) Autoridad

E) Límites

F) Expresión de afectos

G) Ciclo Vital (1. Constitución de la pareja• 2. Nacimiento y crianza• 3. Hijos en edad escolar• 4. Adolescencia• 5. Casamiento y salida de los hijos del hogar (nido vacío) • 6. Pareja en edad madura• 7. Ancianidad, 8. Muerte)

9.- FAMILIOGRÁMA

10.- Diagnóstico Social

11.- Plan social y/o tratamiento a seguir

12.- observaciones generales del Trabajador Social

Fecha De Aplicación: _____

Trabajadora Social: _____
Nombre y Firma

***Nota:** para establecer las cuotas de recuperación deberá apegarse al tabulador establecido en el manual de procedimientos y a los diferentes criterios de ponderación.

CRITERIOS DE PONDERACIÓN EN APLICACIÓN DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN:

Trabajador Social:

- Fijará las cuotas de recuperación que se cobrarán al paciente o familiar, de acuerdo al nivel correspondiente, tomando como criterios generales las políticas del presente documento y con base en estudio socioeconómico realizado al paciente.
- Para fijar la cuota de recuperación, deberá considerar lo siguiente:

Criterios a considerar para fijar la cuota de recuperación.			
Criterio	Descripción	Puntuación	Nivel de categoría
Económico	<p>Ingresos familiares: se refiere al total de dinero que perciben los miembros de la familia y que aportan para su manutención.</p> <p>Egresos familiares: son aquellos gastos que se destinan a la satisfacción de necesidades básicas (alimentos, vestido). Pago de servicios (agua, energía eléctrica) y otro tipo de egresos (créditos, colegiatura)</p> <p>Gastos relacionados con la persona con discapacidad (transporte, medicamento, pañales, etc).</p> <p>La interacción de los ingresos y egresos familiares permiten definir la situación socioeconómica del grupo familiar.</p>	<p>Jornal \$_____</p> <p>1 (UMA) \$80.6 Unidad de Medida y Actualización</p> <p>De 2 a 3 UMA otra fuente de ingresos 25%</p>	Exento
		Si gana de 4 a 6 salarios (25%)	Nivel 1
		6 UMA en adelante (15%)	Nivel 2
Criterio socio demográfico.	<p>La ocupación de la persona que aporta la mayor cantidad de ingresos a la familia, el tipo de vivienda y el número de personas que habitan en ella y que además dependen económicamente de él: si el usuario y/o familia son derechohabientes a alguna institución de salud pública, el estado de salud de la familia y los gastos que esto implique. La frecuencia de asistencia a consulta, lugar de residencia y distancia a instituciones de atención.</p>	No cuenta con servicios de salud, número de integrantes mayores a 6 miembros que dependen del apartador, lugar de residencia. 25%	Exento
		Pertenece a IMSS, ISSSTE como beneficiario no. de integrantes: menores a 6, lugar cercano a la UBR. 15%	Nivel 1
		Es derecho habiente, integrantes menor a 6 integrantes, cuenta con vehículo propio. 20%	Nivel 2
Criterios técnico-clínico	<p>Situaciones extraordinarias como pérdida del empleo o la promoción del trabajador, separación de los padres o independencia de alguno de algún hijo que aportaba el gasto familiar, enfermedad, accidente o muerte de algún integrante del grupo familiar, situaciones que implican un gasto extra, embarazos, deudas adquiridas por la familia por la contratación de abogados o pagos de fianzas.</p>	Presenta una situación extraordinaria x...que implica un gasto extra. 25%	Exento
		Presenta una situación extraordinaria. Que implica un gasto extra. Pero cuenta con otras fuentes de ingreso 15%	Nivel 1
		Presenta situación extraordinaria sin que ello le represente problema. 15%	Nivel 2
Psicopatologías	Algunos usuarios llegan presentando una o varias psicopatologías o situaciones de salud graves que no les	Si es el jefe de familia el que tiene el padecimiento. (25%)	Exento

	permite laborar y obtener un sueldo.	Si el caso es un integrante de familia o acude a servicio profesionales particular. (20%)	Nivel 1
--	--------------------------------------	---	---------

Tabulador zona centro de acuerdo a la puntuación obtenida en la ponderación

Nivel	Porcentaje	Cuota
Exento	75 al 100	\$0.000
Nivel 1	75 al 50	\$15.00 a 20.00
Nivel 2	50 menos	\$ 5.00 a 10.00
Nivel 3	Extraordinaria (más de 10 UMA)	\$50.00

La **UMA** Unidad de Medida y Actualización es una referencia económica aprobada y usada desde el 27 enero de 2016.

La **UMA** fue introducida para sustituir el esquema Veces Salario Mínimo (VSM)

La **UMA**, establecido por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), y que entrará en vigor a partir del 1 de febrero de 2018, es de 80.6 pesos diarios

Vo. Bo

Guillermo Sánchez Berrones
Director de Integración Social de
Personas con Discapacidad

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:

Elaboración de expediente clínico

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:

Contar con un documento en el que, el personal profesional deberá hacer sus anotaciones, registros correspondientes de las intervenciones que se tengan con la persona que recibe atención en la Unidad Básica de Rehabilitación.

ÁREAS DE APLICACIÓN:

USUARIO
TRABAJADORA SOCIAL
PROFESIONISTAS VARIOS.

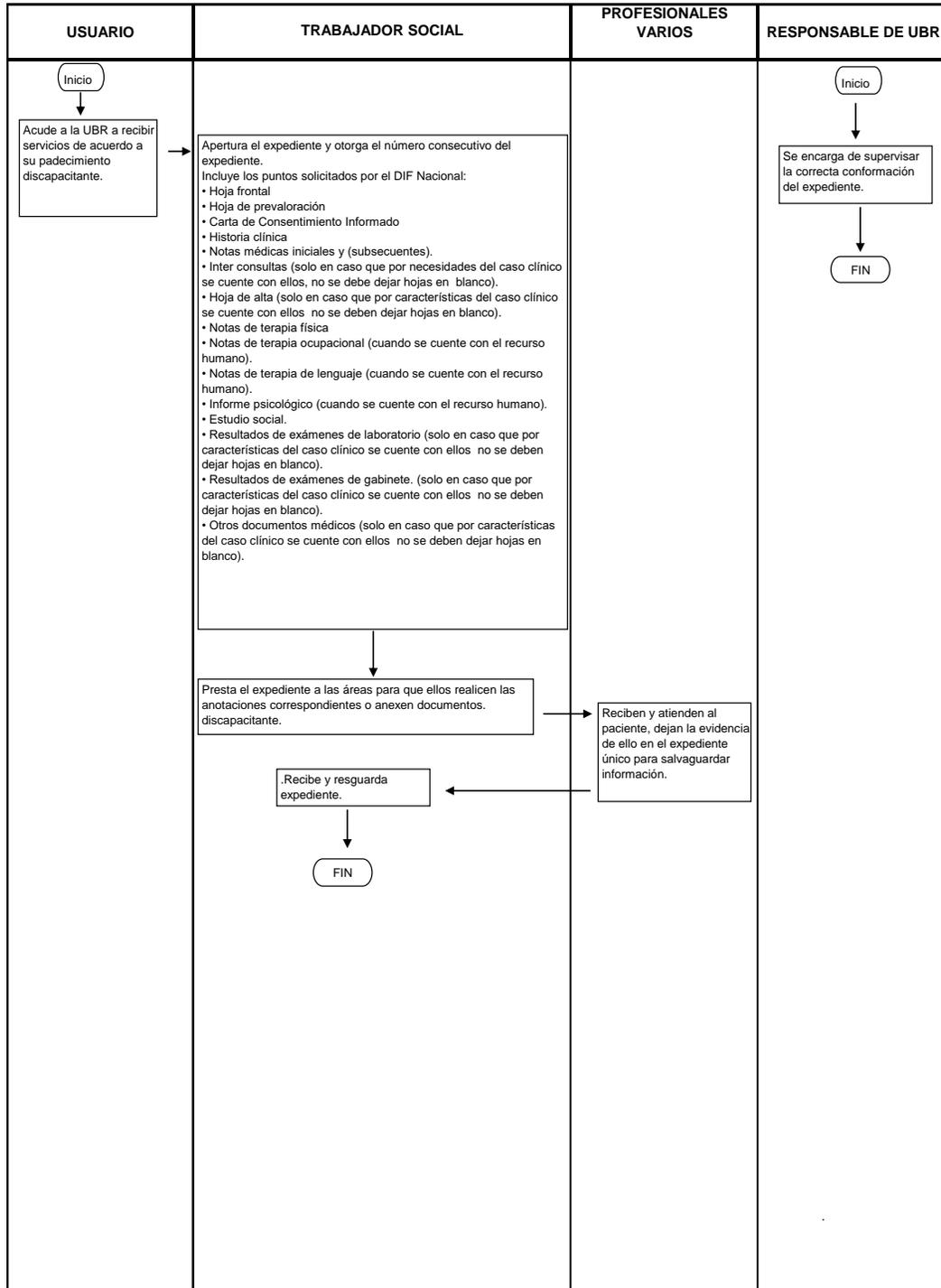
POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Dirección: de Integración Social de Personas con Discapacidad		Fecha de elaboración: 22 marzo 2016
Coordinación General del CREE		
Jefe del Departamento de Valoración y Tratamiento		
Unidades Básicas de Rehabilitación		
Procedimiento:		
Elaboración del expediente clínico		
Políticas aplicadas a cada área dentro del proceso		
<p>El Trabajador Social investiga al paciente o familiar para recaudar información veraz y podrá corroborar la veracidad de la misma con visitas domiciliarias si así lo cree necesario.</p> <p>El Trabajador Social deberá abrir el expediente clínico al cual, los diversos profesionistas que proporcionen atención al usuario de la unidad Básica de Rehabilitación, deberán de ir agregando evidencia de las atenciones y acciones realizadas.</p> <p>El profesionista que atienda a la persona con discapacidad usuaria de la UBR, deberá realizar sus anotaciones o elaborar su propia historia clínica y anexar todo aquel documento que contenga información del paciente, salvaguardando en todo momento los datos personales aplicando los principios éticos de toda profesión.</p> <p>El médico en rehabilitación deberá de elaborar la historia clínica en la evaluación inicial y elaborar notas de evolución cada que valore al paciente. El personal de psicología deberá de realizar el informe de valoración y todos deberán de anexar notas periódicas sobre la evolución del paciente y ante cada eventualidad.</p>		
Formuló	Revisó	Autorizó
Raymundo Lara Silva	Dra. María de Lourdes Ávila Álvarez.	Guillermo Sánchez Berrones

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Dirección: de Integración Social de Personas con Discapacidad		Fecha de elaboración: 22 marzo 2016
Coordinación General del CREE		
Jefe del Departamento de Valoración y Tratamiento		
Unidades Básicas de Rehabilitación		
Procedimiento: Elaboración de expediente clínico		
Responsable	Operación Núm.	Descripción de la actividad
Usuario	1	Acude a la UBR a recibir servicios de acuerdo a su padecimiento actual potencialmente discapacitante.
Trabajadora Social	2	Apertura el expediente y otorga el número consecutivo del expediente. Incluye los puntos solicitados por el DIF Nacional: <ul style="list-style-type: none"> • Hoja frontal • Hoja de prevaloración • Carta de Consentimiento Informado • Historia clínica • Notas médicas iniciales y (subsecuentes). • Interconsultas (solo en caso que por necesidades del caso clínico se cuente con ellos, no se debe dejar hojas en blanco). • Hoja de alta (solo en caso que por características del caso clínico se cuente con ellos no se deben dejar hojas en blanco). • Notas de terapia física • Notas de terapia ocupacional (cuando se cuente con el recurso humano). • Notas de terapia de lenguaje (cuando se cuente con el recurso humano). • Informe psicológico (cuando se cuente con el recurso humano). • Estudio social. • Resultados de exámenes de laboratorio (solo en caso que por características del caso clínico se cuente con ellos, no se deben dejar hojas en blanco). • Resultados de exámenes de gabinete. (solo en caso que por características del caso clínico se cuente con ellos, no se deben dejar hojas en blanco). • Otros documentos médicos (solo en caso que por características del caso clínico se cuente con ellos no se deben dejar hojas en blanco).
Trabajo social	3	Presta el expediente a las áreas para que ellos realicen las anotaciones correspondientes o anexen documentos.
Profesionales varios	4	Reciben y atienden al paciente, dejan la evidencia de ello en el expediente único para salvaguardar información.
Trabajo social	5	Recibe y resguarda expediente.
Responsable de UBR	6	Se encarga de supervisar la correcta conformación del expediente.
Formuló	Revisó	Autorizó
Raymundo Lara Silva	Dra. María de Lourdes Ávila Álvarez.	Guillermo Sánchez Berrones

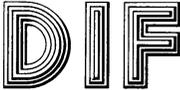
Diagrama de flujo del procedimiento Elaboración de expediente clínico



Elaboración de expediente clínico

<p>SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIRECCIÓN DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL S. L. P.</p>					
					
<p>HOJA FRONTAL DIAGNOSTICO</p>					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">EDAD</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">UNIDAD DE REHABILITACION</td> </tr> </table>			NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE:	EDAD	UNIDAD DE REHABILITACION
NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE:					
EDAD					
UNIDAD DE REHABILITACION					
FECHA	DIAGNOSTICO NOSOLOGICO Y DE INVALIDEZ	NOMBRE Y NO. DE CREDENCIAL DEL MEDICO TRATANTE			

Elaboración de Expediente Clínico

<p>SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIRECCIÓN DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL S. L. P.</p>																							
 <p>HOJA DE PREVALORACION</p>	NOMBRE																						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; border: 1px solid black;">EDAD</td> <td style="width: 30%; border: 1px solid black;">SEXO</td> </tr> </table>	EDAD	SEXO																				
	EDAD	SEXO																					
	OCUPACION																						
	ENVIADO POR																						
	DERECHOHABIENTE DE																						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; border: 1px solid black;">DOMICILIO</td> <td style="width: 30%; border: 1px solid black;">TEL.</td> </tr> </table>	DOMICILIO	TEL.																				
	DOMICILIO	TEL.																					
FECHA																							
IMPRESION DIAGNOSTICA																							
CANALIZACION																							
<p>SE SUGIERE VALORACION POR:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none;">MEDICINA DE REHABILITACION</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">COMUNICACIÓN HUMANA</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">ORTOPEDIA</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">PEDIATRIA</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">NEUROLOGIA</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">OFTALMOLOGÍA</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">PSICOLOGIA</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">PEDAGOGIA</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">TRABAJO SOCIAL</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">EVALUACION DE APTITUDES Y DESARROLLO DE HABILIDADES PARA EL TRABAJO (EADHT)</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">CANALIZACION EXTERNA</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 15px;"></td> </tr> </table>		MEDICINA DE REHABILITACION		COMUNICACIÓN HUMANA		ORTOPEDIA		PEDIATRIA		NEUROLOGIA		OFTALMOLOGÍA		PSICOLOGIA		PEDAGOGIA		TRABAJO SOCIAL		EVALUACION DE APTITUDES Y DESARROLLO DE HABILIDADES PARA EL TRABAJO (EADHT)		CANALIZACION EXTERNA	
MEDICINA DE REHABILITACION																							
COMUNICACIÓN HUMANA																							
ORTOPEDIA																							
PEDIATRIA																							
NEUROLOGIA																							
OFTALMOLOGÍA																							
PSICOLOGIA																							
PEDAGOGIA																							
TRABAJO SOCIAL																							
EVALUACION DE APTITUDES Y DESARROLLO DE HABILIDADES PARA EL TRABAJO (EADHT)																							
CANALIZACION EXTERNA																							
<p>NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO:</p>																							

HISTORIAL CLINICO DE REHABILITACION

Fecha:	Expediente:	
Nombre:	Enviado Por:	
Dirección:	Teléfono:	
	Sexo:	Edad:
Diagnostico:	Lugar:	
	MEDICO TRATANTE:	

ANTECEDENTES – HEREDERO – FAMILIARES

Diabetes:		Hipertensión Arterial:	
Malformaciones:		Neoplasias:	
Deficiencia Mental:		Otros:	

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Origen:	Residencia:	Área:	Estado Socioec:
Estado Civil:	Escolaridad:	Higiene:	Alimentación:
Tabaquismo:	Alcoholismo:	Deportes:	Literalidad:
Hacinamiento:	Conv. Anim:	Wc:	Ocupación:
Inmunizaciones:	Institución:	Independencia:	Fecha De Nacimiento:

ANTECEDENTES PERINATALES

Procede _____

Gesta:	Para:	Control Pre:	Duración:
Atención:	Tipo:	Respiro:	Lloro:
Peso:	Apgar:	Silverman:	Otros:

Comentarios:

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Cirugías:		Transfusiones:	
Traumatismo:		Alergias:	
Diabetes:		Hipertensión Arterial:	

Otros:

DESARROLLO PSICOMOTOR

Procede _____

Fija La Mirada:		Sonrisa Social:		Control Cefálico:		Rodamientos:	
Sedestación:		Arrastre:		Gateo:		Marcha:	
Acceso De Esc:		Son Guturales:		Laleo:		Monosilabito:	
Palabras:		Frases:		"T":		Esfínteres:	

HISTORIAL CLINICO DE REHABILITACION

PADECIMIENTO ACTUAL:

EXPLORACION FISICA:

I. Dx:

INDICACIONES:

MEDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACION

Elaboración de Expediente Clínico

DIF	
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL SUBDIRECCION DE REHABILITACION	
NOTAS MEDICAS	
NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE	
EDAD	SEXO
FECHA Y HORA	NOTAS

Elaboración de Expediente Clínico

FECHA Y HORA	NOTAS

Elaboración de Expediente Clínico

<p>SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL SAN LUIS POTOSI, S.L.P.</p>		
<p>HOJA DE ALTA</p>	<p>NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE</p>	
	<p>EDAD</p>	<p>SEXO</p>
	<p>UNIDAD DE REHABILITACION</p>	
	<p>FECHA DE INGRESO</p>	
<p>DIAGNOSTICO FINAL</p>		
<p>SECUELAS</p>		
<p>EXAMENES DE LABORATORIO</p>		
<p>ESTUDIOS DE GABINETE</p>		
<p>MOTIVO DE ALTA</p>		
<p>SERVICIOS OTORGADOS</p>		
<p>ALTA PARA</p>	<p>FECHA DE ALTA</p>	<p>NOMBRE FIRMA Y No. DE CREDENCIAL</p>
	<p>DIA MES AÑO</p>	

Elaboración de expediente clínico
NOTAS SUBSECUENTES

FECHA Y HORA	NOTAS

Elaboración de Expediente Clínico

 SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL SUBDIRECCION DE REHABILITACION		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">EDAD</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SEXO</td> </tr> </table>	NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE		EDAD	SEXO
NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE						
EDAD	SEXO					
NOTA DE TERAPIA OCUPACIONAL						
FECHA Y HORA	NOTAS					

Elaboración de Expediente Clínico

					
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL SUBDIRECCION DE REHABILITACION					
NOTA DE TERAPIA DE LENGUAJE					
<table border="1"><tr><td colspan="2">NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE</td></tr><tr><td>EDAD</td><td>SEXO</td></tr></table>		NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE		EDAD	SEXO
NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE					
EDAD	SEXO				
FECHA Y HORA	NOTAS				

Elaboración de Expediente Clínico



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACION SOCIAL
DIRECCION GENERAL DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCION DE REHABILITACION
SUBDIRECCION DE UNIDADES OPERATIVAS EN LOS ESTADOS

San Luis Potosí, S.L.P. a _____ de _____ de 20

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este conducto DOY MI CONSENTIMIENTO para recibir la valoración y el tratamiento médico rehabilitatorio necesario, toda vez que el Médico responsable me explique lo relacionado con mi padecimiento, el tipo de tratamiento que recibiré, las secuelas y posibles riesgos que pudiera presentar como consecuencia de mi padecimiento y del tratamiento de rehabilitatorio, así mismo autorizo al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del tratamiento.

Me comprometo a RESPETAR las citas e indicaciones que me otorgue la unidad básica de _____, presentarme con el carnet vigente y acudir a todos los servicios a donde me envíen. Así mismo, tengo el derecho de acudir con mi médico responsable en este Centro para que aclare mis dudas, en el consultorio y horario correspondientes.

PACIENTE

Nombre: _____

Diagnostico: _____

Edad: _____ Sexo: _____ N°. Expediente: _____

Domicilio: _____

_____ Colonia

_____ C.P.

_____ Teléfono

MEDICO

Nombre del Médico responsable: _____

_____ Cargo

_____ Cédula profesional

TESTIGO

Nombre: _____

Edad: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

FIRMA PACIENTE

FIRMA MEDICO

FIRMA TESTIGO

ELABORACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES Y REPORTE MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:

Contar con un documento en el cual se registren las actividades cuantitativas y cualitativas que realiza el personal adscrito a la unidad básica de rehabilitación y en las comunidades de sus respectivos municipios.

Para dar seguimiento al cumplimiento de las metas programáticas a través de la elaboración de un reporte mensual de actividades a realizar.

ÁREAS DE APLICACIÓN

**PROFESIONALES QUE OTORGAN EL SERVICIO EN UBR
UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN**

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Dirección: de Integración Social de Personas con Discapacidad	Fecha de elaboración: 22 marzo
Coordinación General del CREE	
Jefe del Departamento de Valoración y Tratamiento	
Unidades Básicas de Rehabilitación	
Procedimiento:	
Elaboración del Programa Anual de Actividades y Reporte Mensual de Productividad	
<p>Políticas aplicadas a cada área dentro del proceso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se elaboran programas con las actividades anuales de la unidad básica de rehabilitación así como de la difusión, promoción, sensibilización, detección de procesos discapacitantes, escuela para familias con hijos con discapacidad, inclusión educativa, inclusión laboral y se deberán de enviar al CREE antes de cada 31 de septiembre de cada año. E programa anual de Actividades contara con los siguientes datos : <ol style="list-style-type: none"> 1. Introducción. 2. Justificación. 3. Objetivo General. 4. Objetivos Específicos. 5. Misión. 6. Visión. 7. Normativa Interna. 8. Marco Jurídico. 9. Recursos Humanos. 10. Recursos Materiales. 11. Cronograma de Actividades. <ul style="list-style-type: none"> • Los programas sustantivos contarán con: <ol style="list-style-type: none"> 1. Objetivo. 2. Cronograma de Actividades. 3. Carta Descriptiva. • Todo el personal participará para llevar a cabo las actividades de los programas y se deberá tener un responsable de cada una de ellos. • Los responsables de los programas de escuela para familias con hijos con discapacidad y de detección temprana de procesos discapacitantes llenarán los formatos correspondientes de cada programa y lo reportarán de manera mensual a la coordinación. • El responsable de la unidad básica de rehabilitación analizará el comportamiento de cada una de las metas con relación al avance de enero a septiembre del ejercicio vigente, así 	

como el histórico del ejercicio anterior para identificar las causas que impactaron en su cumplimiento y establecer las medidas preventivas y/o correctivas necesarias, programando con un +/- 2% los servicios que se otorgarán por mes. Para la programación de metas se tomará en cuenta el personal de médico especialista, terapia física, trabajo social, psicología, terapia de lenguaje y los servicios que esté otorgando la UBR.

- Dicha programación se anexara al programa anual de UBR.
- La cantidad de pacientes será de acuerdo a los recursos de cada unidad básica de rehabilitación y las condiciones del contrato establecido por el SMDIF local.
- Los profesionales llenarán diariamente el formato SIPS de cada área entregando al responsable de UBR para el vaciado del informe mensual
- El responsable recabará la información del día 15 del mes en curso al día 14 del mes siguiente y enviara la información en un periodo de tres días hábiles por medio electrónico y el original por coordinación regional correspondiente o directo a la coordinación.
- Se anexará al informe mensual un informe financiero de las cuotas de recuperación.
- La persona asignada, será la responsable de la captura de la información enviada cada mes por las unidades básicas de rehabilitación y la reportará al área de plantación de SEDIF y al departamento de unidades operativas en los Estado del SNDIF; se deberá de realizar un reporte trimestral de lo reportado por cada UBR.

Formuló	Revisó	Autorizó
Raymundo Lara Silva	Dra. María de Lourdes Ávila Álvarez.	Guillermo Sánchez Berrones

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Dirección: de Integración Social de Personas con Discapacidad		Fecha de elaboración:
Coordinación General del CREE		
Jefe del Departamento de Valoración y Tratamiento		
Unidades Básicas de Rehabilitación		
Procedimiento: ELABORACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES Y REPORTE MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD		
Responsable	Operación Núm.	Descripción de la actividad
Responsable de UBR	1	Elabora el Programa Anual de Actividades y la Programación de Metas Anual y los envían a la Coordinación
Unidades Básicas De Rehabilitación	2	Captura la programación de metas y la envía al departamento de planeación en SEDIF en la cual se estará reportando mensualmente los servicios que brinda la UBR
Profesionales varios	3	Elaboran Programas Sustantivos y de Inclusión, los cuales son revisados por el Responsable de UBR y se envían a la Coordinación.
Responsable de UBR	4	Gestiona ante las diversas dependencias educativas, los espacios (escuelas de educación básica, jardines de niños, casas de salud) para llevar a cabo los programas sustantivos y de inclusión.
Profesionales varios	5	Elaboran y llevan a cabo las actividades programadas, registrando los resultados obtenidos en los formatos de escuela para familias con hijos con discapacidad y detección de procesos discapacitantes de forma mensual.
Profesionales varios	6	Requisita mediante el vaciado de información correspondiente a sus áreas los formatos establecidos para el reporte diario de las actividades realizadas y lo entregan al responsable de la UBR.
Responsable de UBR	7	Concentra la información y la envía a la Coordinación.
Unidades Básicas De Rehabilitación	8	Recibe información mensual de cada UBR por correo de manera electrónica o en documento. El municipio no envíe la información en tiempo y forma se elabora un oficio de solicitando la información pendiente de entrega El municipio si envía la información capturada de manera electrónica a SEDIF y SNDIF
Formuló		Revisó
Raymundo Lara Silva		Dra. María de Lourdes Ávila Álvarez.
		Autorizó
		Guillermo Sánchez Berrones

ELABORACIÓN DE PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES Y REPORTE MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD

REPORTE DE METAS ANUAL



GOBIERNO DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ
SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ

PROGRAMACIÓN DE METAS - AÑO

DIRECCIÓN: CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

PROGRAMA: (Nombre de Municipio): _____ (Fecha de inauguración: (_____))

ACCION	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE POBLACION		META ANUAL	ENE		FEB		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPT		OCT		NOV		DIC			
		ABIERTA	CAUTIVA		2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
					REAL	PROG	REAL	PROG	REAL	PROG	REAL	PROG	REAL	PROG	REAL	PROG	REAL	PROG	REAL	PROG	REAL	PROG	REAL	PROG	REAL	PROG	REAL	PROG	REAL	PROG
ORIENTAR E INFORMAR PARA DETECTAR LA DISCAPACIDAD	EVENTO	*		0																										
	ASISTENTE	*		0																										
CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA	CONSULTA	*		0																										
TERAPIA DE LENGUAJE	SESIÓN	*		0																										
TERAPIA FISICA	SESIÓN	*		0																										
TERAPIA OCUPACIONAL	SESIÓN	*		0																										
TERAPIA PSICOLOGICA	SESIÓN	*		0																										
TRABAJO SOCIAL	SESIÓN	*		0																										
ENFERMERIA	SESIÓN	*																												
LENGUA DE SEÑAS	SESIÓN	*																												
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA ORIENTACION Y MOVILIDAD A PERSONAS CIEGAS	SESIÓN	*																												
OTROS(Describir)	SESIÓN	*																												
TOTALES																														
SERVICIOS BRINDADOS	SERVICIO				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

- **Productividad Realizada:** la suma de las acciones realizadas en el periodo señalado
- **Productividad Programado:** la suma de lo realizado mas un +/- 2%.

ELABORACIÓN DE PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES Y REPORTE MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD

FORMATO DE REPORTE DE ESCUELA PARA DE PADRES DE FAMILIAS CON HIJOS CON DISCAPACIDAD

	DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN SUBDIRECCIÓN DE UNIDADES OPERATIVAS EN LOS ESTADOS	
---	--	---

REPORTE MENSUAL DEL PROGRAMA SUSTANTIVO ESCUELA PARA FAMILIAS CON HIJOS CON DISCAPACIDAD																	
Centro de Rehabilitación:													MES Y AÑO:				
MODALIDAD DEL PROGRAMA			TEMAS DE CAPACITACION DESARROLLADOS	DURACION (HORAS)	TOTAL DE EVENTOS DE CAPACITACION IMPARTIDOS		TOTAL DE ASISTENTES			PONENTES DEL EVENTO DE CAPACITACION		TECNICAS DIDACTICAS EMPLEADAS			TOTAL DE EVALUACIONES INICIALES	TOTAL DE EVALUACIONES FINALES	OBSERVACIONES CUALITATIVAS DE IMPACTO
					PROG	REAL	PROG	REAL	VAR %	N°	ÁREA A LA QUE PERTENECEN	EXPOSITIVA	TALLER	OTRA (S)			
MODULOS	CURSOS	SESIONES															

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE UBR _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA _____

ELABORACIÓN DE PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES Y REPORTE MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD

FORMATO DE REPORTE DE ESCUELA PARA PADRES

GUÍA DE LLENADO

  DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN SUBDIRECCIÓN DE UNIDADES OPERATIVAS EN LOS ESTADOS		
INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL REPORTE MENSUAL DEL PROGRAMA SUSTANTIVO ESCUELA PARA FAMILIAS CON HIJOS CON DISCAPACIDAD		
No.	ANOTAR	
1	Nombre completo del Centro de Rehabilitación.	
2	Escribir el mes correspondiente del reporte y año	
3	Anotar el número total de Módulos, Cursos o Sesiones	
4	Anotar los temas de capacitación desarrollados durante el mes reportado.	
5	Anotar por sesión el tiempo real en horas y minutos.	
6	Total de eventos de capacitación impartidos.	
7	Total de asistentes	
8	Ponentes del evento de capacitación	
9	Técnicas didácticas empleadas.	
10	Anotar el número total de evaluaciones iniciales aplicadas	
11	Anotar el número total de evaluaciones finales aplicadas.	
12	Escribir el impacto observado en los asistentes durante las sesiones	
13	Anotar nombre y firma de los responsables de la revisión,	

ELABORACIÓN DE PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES Y REPORTE MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD

FORMATO DE REPORTE DE DETECCIÓN TEMPRANA DE PROCESOS DISCAPACITANTES

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>		DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN SUBDIRECCIÓN DE UNIDADES OPERATIVAS EN LOS ESTADOS			
PROGRAMA SUSTANTIVO DE DETECCION TEMPRANA DE PADECIMIENTOS DISCAPACITANTES					
Centro de Rehabilitación:				Mes y Año	
Lugar donde se realizó la detección	Pláticas otorgadas en el mes	Temas de las pláticas	No. de asistentes	No. de personas valoradas	No. de personas detectadas y canalizadas al Centro de Rehabilitación
TOTAL	0	0	0	0	0

Nombre y firma del responsable del programa:

Nombre y firma del Coordinador General:

ELABORACIÓN DE PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES Y REPORTE MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD

FORMATO DE REPORTE DE DETECCIÓN TEMPRANA DE PROCESOS DISCAPACITANTES

GUÍA DE LLENADO

 		DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN SUBDIRECCIÓN DE UNIDADES OPERATIVAS EN LOS ESTADOS	
INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL REPORTE MENSUAL DEL PROGRAMA SUSTANTIVO DE DETECCIÓN TEMPRANA DE PADECIMIENTOS DISCAPACITANTES			
NÚMERO	DEBE ANOTAR		
1	Nombre del Centro de Rehabilitación		
2	Mes y año al que corresponde el reporte		
3	Lugar donde se realizó la detección		
4	Número de pláticas impartidas		
5	Tema desarrollados en las pláticas.		
6	Número de asistentes a las pláticas.		
7	Número de personas valoradas.		
8	Número de personas detectadas y canalizadas al Centro de Rehabilitación		
9	Nombre completo del responsable del programa		
10	Nombre completo del Coordinador General		

ELABORACIÓN DE PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES Y REPORTE MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD

FORMATO DE REGISTRO DIARIOS DE TERAPIA FÍSICA

GUÍA DE LLENADO

SISP-15	INSTRUCTIVO
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS	
REGISTRO DIARIO DE TERAPIA FÍSICA	
Datos	Descripción
Clave del Centro	Anotar la clave correspondiente al Centro de Rehabilitación que reporta.
Nombre del Centro de Rehabilitación	Escribir el nombre del Centro de Rehabilitación sin omitir el lugar de ubicación (Ej. C.R.E.E. La Paz, B.C.S.)
Fecha	Anotar la fecha correspondiente al día de registro (día/mes/año).
No. De Credencial	Anotar el número de credencial que corresponda al terapeuta físico que otorga la atención.
Nombre	Escribir el nombre del terapeuta físico que otorga la atención en el orden indicado (Apellido paterno, materno y nombre -s-).
Firma	Firma del terapeuta físico.
No. De Folio	Anotar el número de folio que se localiza en el recibo de pago. En caso de los usuarios que se les proporciona servicios subrogados anotar la leyenda: "Servicio Subrogado (SS)" o si contara con el número de control interno, anotar dicho número.
No. de Expediente	Anotar el número de expediente clínico asignado a los pacientes que reciben terapia física.
Grupo por edad y sexo	Indicar con una "X" el sexo de la persona, mujer/hombre (M ó H) de acuerdo a su rango de edad y que haya recibido terapia de 1ra. vez ó subsecuente.
Tipo de Consulta	Anotar con una "X" la casilla correspondiente de acuerdo al tipo de consulta que recibe el paciente: 1a. vez/subsecuente.
Modalidades	Anotar con número las acciones que realizó dentro del tipo de modalidad que aplicó al paciente. Por ej. Si aplico C.I. a ambos hombros, colocara el número 2 en la casilla que corresponde a electroterapia.
Total	Anotar la suma total de las siguientes columnas: Grupo por edad y sexo, tipo de consulta y modalidades. Anotar suma total de terapias solicitadas (programadas) así como la suma total de terapias otorgadas de 1a. Vez y Subsecuente.

ELABORACIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES Y REPORTE MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD

FORMATO DE REGISTRO DIARIOS DE TRABAJO SOCIAL

GUÍA DE LLENADO

SISP-10	INSTRUCTIVO
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS	
REGISTRO DIARIO DE TRABAJO SOCIAL	
Datos	Descripción
Clave del Centro	Anotar la clave correspondiente al Centro de Rehabilitación que reporta.
Nombre del Centro de Rehabilitación	Escribir el nombre del Centro de Rehabilitación sin omitir el lugar de ubicación (Ej. C.R.E.E. La Paz, B.C.S.)
Fecha	Anotar la fecha correspondiente al día de registro (día/mes/año).
No. De Credencial	Anotar el número de credencial que corresponda al trabajador social que otorga la atención.
Nombre	Escribir el nombre del trabajador social que otorga la atención en el orden indicado (Apellido paterno, materno y nombre -s-).
Firma	Firma del trabajador social que otorga la atención.
Grupo por edad y sexo	Indicar con una "X" el sexo de la persona, mujer/hombre (M ó H) según su rango de edad y de acuerdo al tipo de consulta que recibe de 1ra. vez ó subsecuente
Tipo de Consulta	Señalar con una "X" la casilla correspondiente de acuerdo al tipo de consulta que recibe el paciente: 1a vez/subsecuente. Considerando de primera vez aquella que se otorga por primera ocasión en el servicio de trabajo social y subsecuente a todas las demás posteriores a la de primera vez en un mismo paciente.
Estudio	Anotar con una "X" si realizó el Estudio Socioeconómico
Visitas	Anotar con una "X" el tipo de visita que recibe un paciente según el caso, domiciliaria y/o institucional.
Tratamiento Social	Anotar con una "X" el tratamiento social que recibe un paciente según el caso, seguimiento, orientación y referencia de caso; pudiendo un mismo paciente ser sujeto de más de un tipo de acción.
Afiliación a servicios de salud	Anotar el servicio de salud que corresponda según la afiliación: Seguro Popular o Nueva Generación sigloXXI, Seguro Social IMSS, ISSSTE Federal, ISSSTE Estatal, Pemex, Defensa, Marina, IMSS Oportunidades, Comisión de Derechos Indígenas de los Estados, DIF estatales o municipales, Seguro Privado.
Total	Anotar la suma total de las siguientes columnas: Grupo por edad y sexo, tipo de consulta, acciones Anotar suma total de las consultas solicitadas (programadas) así como la suma total de las consultas otorgadas de 1a. Vez y Subsecuente

ELABORACIÓN DE PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES Y REPORTE MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD

FORMATO DE REGISTRO DIARIOS DE PSICOLOGÍA

GUÍA DE LLENADO

SISP-09	INSTRUCTIVO
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS	
REGISTRO DIARIO DE CONSULTA PSICOLÓGICA	
Datos	Descripción
Clave del Centro	Anotar la clave correspondiente al Centro de Rehabilitación que reporta.
Nombre del Centro de Rehabilitación	Escribir el nombre del Centro de Rehabilitación sin omitir el lugar de ubicación (Ej. C.R.E.E. La Paz, B.C.S.)
Fecha	Anotar la fecha correspondiente al día de registro (día/mes/año).
No. De Credencial	Anotar el número de credencial que corresponda al psicólogo que otorga la consulta psicológica.
Nombre	Escribir el nombre del psicólogo que otorga la atención en el orden indicado (Apellido paterno, materno y nombre -s-).
Firma	Firma del psicólogo que otorga la atención.
No. De Folio	Anotar el número de folio que se localiza en el recibo de pago. Cabe mencionar que no se anotará el numero de folio en las siguientes acciones: calificaciones de pruebas, informe psicológico. Toda vez que representa el trabajo interno del psicologo que no requiere de la atención directa con el usuario.
No. de Expediente	Anotar el número de expediente clínico asignado a los pacientes que reciben la atención psicológica.
Grupo por edad y sexo	Indicar con una "X" el sexo de la persona, mujer/hombre (M ó H) de acuerdo a su rango de edad y que haya recibido consulta de 1ra. vez ó subsecuente
Tipo de Consulta	Señalar con una "X" la casilla correspondiente de acuerdo al tipo de consulta que recibe el paciente: 1a vez/subsecuente. Considerando de primera vez aquella que se otorga por primera ocasión en el servicio de consulta médica y subsecuente a todas las demás posteriores a la de primera vez en un mismo paciente.
Atención	Señalar con una "X" la casilla correspondiente de acuerdo al tipo de atención que recibe el paciente: Entrevista/aplicación de pruebas psicológicas/calificación de pruebas/informe psicológico.
Orientación	Señalar con una "X" la casilla correspondiente de acuerdo al tipo de terapia que recibe el paciente: individual/grupal/familiar.
Psicoterapia	Señalar con una "X" si el paciente recibe atención psicoterapéutica.
Alta por servicio	Anotar con una "X" en la columna correspondiente al tipo de alta: por servicio entendiéndose por Mejoría, Deserción, Fallecimiento y/o referencia a otra institución.
Total	Anotar la suma total de las siguientes columnas: Grupo por edad y sexo, tipo de consulta y acciones. Anotar suma total de las consultas solicitadas (programadas) así como la suma total de las consultas otorgadas de 1a. Vez y Subsecuente

**ELABORACIÓN DE PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES Y REPORTE
MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD
FORMATO DE REGISTRO DIARIOS DE TERAPIA DE LENGUAJE**

GUÍA DE LLENADO

SISP-17		INSTRUCTIVO	
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS			
REGISTRO DIARIO DE TERAPIA DE LENGUAJE			
Datos		Descripción	
Clave del Centro		Anotar la clave correspondiente al Centro de Rehabilitación que reporta.	
Nombre del Centro de Rehabilitación		Escribir el nombre del Centro de Rehabilitación sin omitir el lugar de ubicación (Ej. C.R.E.E. La Paz, B.C.S.).	
Fecha		Anotar la fecha correspondiente al día de registro, (día/mes/año).	
No. De Credencial		Anotar el número de credencial que corresponda al terapeuta de lenguaje que otorga la atención.	
Nombre		Escribir el nombre del terapeuta de lenguaje que otorga la atención en el orden indicado, (Apellido paterno, materno y nombre -s-).	
Firma		Firma del terapeuta del lenguaje que otorga la atención.	
No. De Folio		Anotar el número de folio que se localiza en el recibo de pago. En caso de los usuarios que se les proporciona servicios subrogados anotar la leyenda: "Servicio Subrogado (SS)" o si contara con el número de control interno, anotar dicho número.	
No. de Expediente		Anotar el número de expediente clínico asignado a los pacientes que reciben la atención en terapia de lenguaje.	
Grupo por edad y sexo		Indicar con una "X" el sexo de la persona, mujer/hombre (M ó H) de acuerdo a su rango de edad y que haya recibido terapia de 1ra. vez ó subsecuente.	
Tipo de Consulta		Señalar con una "X" la casilla correspondiente de acuerdo al tipo de consulta que recibe el paciente: 1a vez ó subsecuente.	
Modalidades		<p>Anotar con una "X" la atención en terapia de lenguaje que recibe el paciente según sus necesidades: examen de lenguaje/ problemas de lenguaje /problemas de voz/ problemas de audición/ programa de casa/manejo de cavidad oral.</p> <p>Los problemas del habla restan inteligibilidad a la expresión oral como: dislalia, trastorno fonológico, disglosia, disartria, disfermia, taquialalia, farfalleo, bradialalia, disfonía rinofonía.</p> <p>Los problemas de lenguaje van desde un retraso simple del lenguaje hasta la pérdida total de las capacidades lingüísticas tales como: retraso de la palabra, retardos del lenguaje, afasia, disfasia, trastornos del desarrollo en el lenguaje.</p> <p>Los problemas de audición comprenden la hipoacusia, anacusia.</p>	
Total		<p>Anotar la suma total de las siguientes columnas: Grupo por edad y sexo, tipo de consulta y modalidades.</p> <p>Anotar suma total de terapias solicitadas (programadas) así como la suma total de terapias otorgadas de 1a. Vez y Subsecuente.</p>	

ELABORACIÓN DE PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES Y REPORTE MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD FORMATO DE REGISTRO DIARIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

GUÍA DE LLENADO

SISP- 16	INSTRUCTIVO
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS	
REGISTRO DIARIO DE TERAPIA OCUPACIONAL	
Datos	Descripción
Clave del Centro	Anotar la clave correspondiente al Centro de Rehabilitación que reporta.
Nombre del Centro de Rehabilitación	Escribir el nombre del Centro de Rehabilitación sin omitir el lugar de ubicación (Ej. C.R.E.E. La Paz, B.C.S.)
Fecha	Anotar la fecha correspondiente al día de registro (día/mes/año).
No. De Credencial	Anotar el número de credencial que corresponda al terapeuta ocupacional que otorga la atención.
Nombre	Escribir el nombre del terapeuta ocupacional que otorga la atención en el orden indicado (Apellido paterno, materno y nombre -s-).
Firma	Firma del terapeuta ocupacional que otorga la atención.
No. De Folio	Anotar el número de folio que se localiza en el recibo de pago. En caso de los usuarios que se les proporciona servicios subrogados anotar la leyenda: "Servicio Subrogado (SS)" o si contara con el número de control interno, anotar dicho número.
No. de Expediente	Anotar el número de expediente clínico asignado a los pacientes que reciben terapia ocupacional.
Grupo por edad y sexo	Indicar con una "X" el sexo de la persona, mujer/hombre (M ó H) de acuerdo a su rango de edad y que haya recibido terapia de 1ra. vez ó subsecuente.
Tipo de Consulta	Señalar con una "X" la casilla correspondiente de acuerdo al tipo de consulta que recibe el paciente: 1a vez ó subsecuente.
Modalidades	Anotar con una "X" la atención en modalidad de terapia ocupacional que recibe el paciente según sus necesidades: valoración/ Aplicación de medios físicos/ actividades de la vida diaria/ elaboración de aditamentos/ programa para casa/ cámara de estimulación y Programa de estimulación múltiple temprana.
Total	Anotar la suma total de las siguientes columnas: Grupo por edad y sexo, tipo de consulta y modalidades. Anotar suma total de terapias solicitadas (programadas) así como la suma total de terapias otorgadas de 1a. Vez y Subsecuente.

ELABORACIÓN DE PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES Y REPORTE MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD FORMATO DE REGISTRO DIARIOS DE CONSULTA MÉDICA GUÍA DE LLENADO

SISP-02	INSTRUCTIVO
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS	
REGISTRO DIARIO DE CONSULTA MÉDICA	
Datos	Descripción
Clave del Centro	Anotar la clave correspondiente al Centro de Rehabilitación que reporta.
Nombre del Centro de Rehabilitación	Escribir el nombre del Centro de Rehabilitación sin omitir el lugar de ubicación (Ej. C.R.E.E. La Paz, B.C.S.)
Fecha	Anotar la fecha correspondiente al día de registro (día/mes/año).
No. de Credencial	Anotar el número de credencial que corresponda al médico que otorga la atención.
Nombre del Médico	Escribir el nombre del médico que otorga la atención en el orden indicado (Apellido paterno, materno y nombre -s-).
Firma	Firma del médico que otorga la atención.
No. De Folio	Anotar el número de folio que se localiza en el recibo de pago. En caso de los usuarios que se les proporciona servicios subrogados anotar la leyenda: "Servicio Subrogado (SS)" o si contara con el número de control interno, anotar dicho número.
No. de Expediente	Anotar el número de expediente clínico asignado a los pacientes que reciben la atención médica.
Grupo por edad y sexo	Indicar con una "X" el sexo de la persona, mujer/hombre (M ó H) de acuerdo a su rango de edad que haya recibido consulta de 1ra. vez ó subsecuente
Tipo de Consulta	Señalar con una "X" la casilla correspondiente de acuerdo al tipo de consulta que recibe el paciente: 1a vez/subsecuente.
Diagnóstico/ Clave	De acuerdo a la (CIE) anotar el Diagnóstico médico y la Clave que le corresponde.
Discapacidad	Presenta Discapacidad (SI), (NO)
Temporalidad de la Discapacidad	Anotar la letra que indica la temporalidad de la Discapacidad que presenta el usuario: T) Temporal ó Permanente (P).
Tipo de Discapacidad	Anotar con una "X" según el tipo de discapacidad que corresponda: Ver,Oír, Hablar, Lenguaje, motriz, mental, multiples y otras.
Causa de la Discapacidad	Anotar con una "X" la causa de la discapacidad: por Nacimiento,por Enfermedad, por Accidente, por Violencia, por Edad avanzada y por otra causa.
Alta	Anotar con una "X" en la columna correspondiente al tipo de alta: por servicio ó definitiva. Entendiéndose por definitiva el que determina que el paciente es egresado del centro, acorde al seguimiento del caso y anotar el motivo, si es por Mejoría, Desercion, Fallecimiento ó referencia a otra institución.
Total	Anotar la Suma Total de las siguientes columnas: Grupo de edad y sexo, Tipo de consulta, Tipo de discapacidad, Causa de la discapacidad y Altas . Anotar suma total de las consultas solicitadas (programadas) así como la suma total de las consultas otorgadas de 1a. Vez y Subsecuente

ELABORACIÓN DE PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES Y REPORTE MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD

INFORME MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD

 DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN / DIF ESTATAL / CREE DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN										
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS										
REGISTRO MENSUAL DE UNIDADES BÁSICAS DE REHABILITACIÓN										
Clave del Centro:		Nombre del Centro de Rehabilitación:			Fecha: (día/mes/año)					
SISP 21										
Vistas de supervisión de UBR		Consulta Médica			Psicología			Trabajo Social		
		1a. Vez Persona	Subsecuente Persona	Total	1a. Vez Persona	Subsecuente Persona	Total	1a. Vez Persona	Subsecuente Persona	Total
1a. Vez PERSONA		Terapia Física			Terapia Ocupacional					
		1a. Vez Persona	Subsecuente Persona	Total	1a. Vez Persona	Subsecuente Persona	Total	1a. Vez Persona	Subsecuente Persona	Total
1a. Vez PERSONA		Terapia de lenguaje			otros servicios					
		1a. Vez Persona	Subsecuente Persona	Total	1a. Vez Persona	Subsecuente Persona	Total	1a. Vez Persona	Subsecuente Persona	Total
Total 1a. Vez		Totales de terapias			Atención en otros servicios					
		Total subsecuente Persona	Total sesiones	Total programa a casa	Dental Persona	Optométrica Persona	Nutrición Persona	Pedagógica Persona	Otros (b) Persona	Total

Pláticas	Detecciones
Evento	Persona

Recursos Humanos										
Medico especialista	Medico General	Psicólogo	Trabajo social	Terapia física	Terapia ocupacional	Tempa de lenguaje	Auxiliar de terapia	Odontóloga	Otros recursos	Total

GRUPOS ETARIOS									
0 - 11	Dic-17	18 - 59	60 - +						
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M

FAMILIAS BENEFICIARIAS									

ELABORACIÓN DE PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES Y REPORTE
MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD
FORMATO DE INFORME MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD
GUÍA DE LLENADO
1 DE 2

INSTRUCTIVO	
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS	
SISP-21	
REGISTRO MENSUAL DE UNIDADES BÁSICAS DE REHABILITACIÓN	
Indicador	Descripción
Clave del Centro	Anotar la clave correspondiente al Centro de Rehabilitación que reporta.
Nombre del Centro de Rehabilitación	Escribir el nombre del Centro de Rehabilitación agregando el lugar de ubicación (Ej. C.R.E.E. La Paz, B.C.S.)
Fecha	Anotar la fecha correspondiente al mes y año de registro (día/mes/año).
Visitas de Supervisión	Señalar con una "X" si se realizó en ese mes Visita de supervisión a la UBR por parte del Centro de Rehabilitación.
Consulta médica	Número Total de personas atendidas en consulta médica de 1a. Vez
	Número Total de personas atendidas en consulta médica subsecuente
	Suma del total de personas atendidas en la consulta médica de 1a. Vez y subsecuente
Psicología	Número Total de personas atendidas en consulta de psicología de 1a. Vez
	Número Total de personas atendidas en consulta de psicología subsecuente
	Suma del total de personas atendidas en consulta de psicología de 1a. vez y subsecuentes
Trabajo social	Número Total de personas atendidas de 1a. vez en Trabajo social
	Número Total de personas atendidas subsecuentes en Trabajo social
	Suma del total de personas atendidas de 1a. vez y subsecuentes en Trabajo social
Terapia física	Número Total de personas atendidas de 1a. vez en Terapia Física
	Número Total de personas atendidas subsecuentes en Terapia Física
	Suma del Total de personas atendidas de 1a. vez y subsecuentes en Terapia física
	Número Total de sesiones de Terapia Física otorgadas (incluye hidroterapia, mecanoterapia, electroterapia, EMT, y otras).
	Número Total de Programas de casa otorgados por Terapia física.
Terapia Ocupacional	Número Total de personas atendidas de 1a. vez en Terapia Ocupacional
	Número Total de personas atendidas subsecuentes en Terapia Ocupacional
	Suma del Total de personas atendidas de 1a. vez y subsecuentes en Terapia Ocupacional
	Número Total de sesiones de Terapia Ocupacional otorgadas (incluye mecanoterapia, electroterapia, EMT, y otras).
	Número Total de Programas de casa otorgados por Terapia Ocupacional.
Terapia de Lenguaje	Número Total de personas atendidas de 1a. vez en Terapia Lenguaje.
	Número Total de personas atendidas subsecuentes en Terapia Lenguaje.
	Suma del Total de personas atendidas de 1a. vez y subsecuentes en Terapia Lenguaje.
	Número Total de sesiones de Terapia de Lenguaje otorgadas (incluye: examen de lenguaje, problemas de recepción, problemas de integración, problemas de expresión y otra).
	Número Total de Programas de casa otorgados por Terapia de lenguaje.

**ELABORACIÓN DE PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES Y REPORTE
MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD
FORMATO DE INFORME MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD
GUÍA DE LLENADO
2 DE 2**

Enfermería	Número Total de personas atendidas de 1a. vez por Enfermería	
	Número Total de personas atendidas subsecuentes por Enfermería	
	Suma del Total de personas atendidas de 1a. vez y subsecuentes por Enfermería	
	Número Total de acciones de Enfermería	
	Número Total de Pláticas de Prevención y Detección	
Totales Terapias	Suma total de pacientes de 1a. Vez en Terapia física, ocupacional, lenguaje y auxiliares de terapia.	
	Suma total de pacientes subsecuentes en Terapia física, ocupacional, lenguaje y auxiliares de terapia.	
	Suma total de Programas de casa otorgados por Terapia física, ocupacional, lenguaje y auxiliares de terapia.	
	Suma total de sesiones otorgadas en Terapia física, ocupacional, lenguaje y auxiliares de terapia.	
Atención en otros servicios	Número total de personas atendidas en Dental	
	Número total de personas atendidas en Optometría	
	Número total de personas atendidas en Nutrición	
	Número total de personas atendidas en Pedagogía	
	Número total de personas atendidas en otro servicio (especificar cuál servicio se proporciona y los pacientes atendidos en éste)	
	Suma total de personas atendidas en otros servicios.	
Pláticas	Evento	Número total de pláticas realizadas.
	Persona	Número total de asistentes a las pláticas.
Detecciones		Número total de pacientes detectados con algún padecimiento discapacitante o en riesgo de presentarlo.
Principales causas de atención		Enumere las tres (3) principales causas de atención en las UBR, de acuerdo al CIE-10
Recursos Humanos	Número de Médicos especialistas adscritos a la UBR	
	Número de Médicos generales adscritos a la UBR	
	Número de Psicólogos adscritos a la UBR	
	Número de Trabajadoras sociales adscritas a la UBR	
	Número de Terapistas físicos adscritos a la UBR	
	Número de Terapistas ocupacionales adscritos a la UBR	
	Número de Terapistas de lenguaje adscritos a la UBR	
	Número de Auxiliares de Terapia adscritos a la UBR	
	Número de otros recursos humanos adscritos a la UBR, no incluidos en los anteriores.	
	Suma total de recursos humanos adscritos a la UBR	
Grupos Etarios	0-11	Número de pacientes hombres 0 A 11 años de edad
		Número de pacientes mujeres 0 A 11 años de edad
	12-17	Número de pacientes hombres 12 A 17 años de edad
		Número de pacientes mujeres 12 A 17 años de edad
	18-59	Número de pacientes hombres 18 A 59 años de edad
		Número de pacientes mujeres 18 A 59 años de edad
	60+	Número de pacientes hombres 60 A + años de edad
		Número de pacientes mujeres 60 A + años de edad
Familias Beneficiadas		Cantidad de familias beneficiadas en la atención de todos los servicios de UBR
Nombre y Firma del Responsable		

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:

Entrega – Recepción

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:

Dotar al responsable del SMDIF y de la UBR de un documento que incluya los instrumentos normativos y criterios específicos con los cuales puedan efectuar la entrega recepción con todos los elementos necesarios a quienes los sustituyen legalmente en sus funciones, detallando los recursos financieros, humanos y materiales que tengan asignados a su cargo a efecto de fomentar la continuidad de la gestión.

ÁREAS DE APLICACIÓN

RESPONSABLES DE SMDIF Y UBR
AUTORIDAD Y PERSONAL ENTRANTE

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Dirección: de Integración Social de Personas con Discapacidad		Fecha de elaboración:
Coordinación General del CREE		
Jefe del Departamento de Valoración y Tratamiento		
Unidades Básicas de Rehabilitación		
Procedimiento:		
Entrega – Recepción		
Políticas aplicadas a cada área dentro del proceso		
<ul style="list-style-type: none"> • Los responsables del SEDIF y UBR deberán entregar a la administración entrante la platilla de personal con sus expedientes, la relación de los recursos financieros y cuentas bancarias o de cajas de ahorro donde se depositan las cuotas de recuperación, además de la relación que conforma el inventario de materiales, muebles y equipo en comodato y propio como parte de menaje de la UBR. • Los responsables del SMDIF y de UBR deberán entregar una relación de expedientes en orden alfabético o por folio de los pacientes activos, dados de alta y pasivos, que contengan las notas médicas junto con las guías de práctica clínica, notas de terapia física, notas de psicología, notas de trabajo social, en donde se indique el tipo de tratamiento, avances y estado actual del paciente, con vigencia del último semestre. • El responsable del SMDIF y el de la UBR entregarán a los nuevos responsables el aviso de funcionamiento y del responsable sanitario que le fue entregado por la Secretaría de Salud. • El responsable del SMDIF y el de la UBR entregarán los diarios de referencia y contra referencia, agenda de citas, bitácora de ingreso de pacientes, los informes trimestrales, comodato y llaves del vehículo adaptado propiedad del Estado así como el convenio de colaboración celebrado con el SEDIF. • La autoridad y/o personal entrante, deberán de recibir y aplicar los procedimientos que les sean entregados a favor de las personas con discapacidad. 		
Formuló	Revisó	Autorizó
Raymundo Lara Silva	Dra. María de Lourdes Ávila Álvarez.	Guillermo Sánchez Berrones

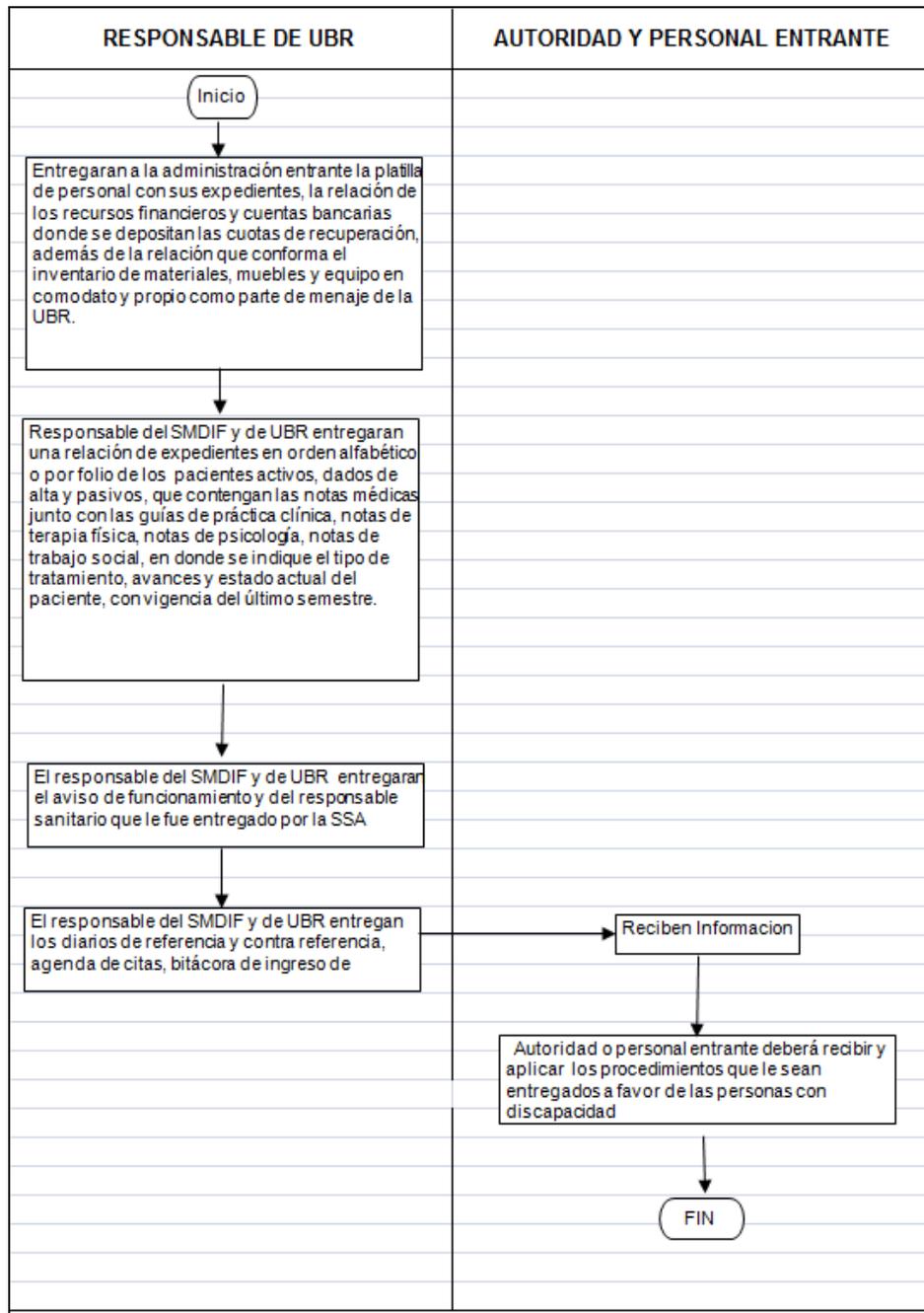
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

LOS PROGRAMAS SUSTANTIVOS Y EL PROGRAMA ANUAL

Dirección: de Integración Social de Personas con Discapacidad		Fecha de elaboración:
Coordinación General del CREE		
Jefe del Departamento de Valoración y Tratamiento		
Unidades Básicas de Rehabilitación		
Procedimiento: Entrega-Recepción		
Responsable	Operación Núm.	Descripción de la actividad
Responsables del SMDIF de UBR	1	Los responsables del SEDIF y UBR entregarán a la administración entrante, la platilla de personal con sus expedientes, la relación de los recursos financieros y cuentas bancarias donde se depositan las cuotas de recuperación, además de la relación que conforma el inventario de materiales, muebles y equipo en comodato y propio como parte del menaje de la UBR.
Responsables del SMDIF de UBR	2	Los responsables del SMDIF y de la UBR entregarán una relación de expedientes en orden alfabético o por folio de los pacientes activos, dados de alta y pasivos, que contengan las notas médicas junto con las guías de práctica clínica, notas de terapia física, notas de psicología, notas de trabajo social, en donde se indique el tipo de tratamiento, avances y estado actual del paciente, con vigencia del último semestre.
Responsables del SMDIF de UBR	3	Los responsables del SMDIF y de la UBR entregarán a los nuevos responsables el aviso de funcionamiento y del responsable sanitario que le fue entregado por la Secretaría de Salud.
Responsables del SMDIF de UBR	4	Los responsables del SMDIF y de la UBR entregarán los diarios de referencia y contra-referencia, agenda de citas, bitácora de ingreso de pacientes, los informes trimestrales, comodato y llaves del vehículo adaptado propiedad del Estado y convenio de colaboración celebrado con SEDIF.
Autoridades y personal entrante	5	Autoridad o personal recibirán y aplicarán los procedimientos que le sean entregados a favor de las personas con discapacidad.

Formuló	Revisó	Autorizó
Raymundo Lara Silva	Dra. María de Lourdes Ávila Álvarez.	Guillermo Sánchez Berrones

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO Entrega – Recepción



CONTENIDO DE LOS EXPEDIENTES DE PACIENTES:

1. Hoja
2. Frontal
3. Historial Clínico
4. Notas Médicas
5. Terapias
6. Psicología
7. Trabajo Social
8. Carta de consentimiento

* Con vigencia al último sexenio

GLOSARIO DE TERMINOS

- **SNDIF:** Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, (SNDIF o solo DIF) es una institución pública mexicana de asistencia social fundada en 1977, que se enfoca en desarrollar el bienestar de las familias mexicanas. La institución fue fundada por Carmen Romano, esposa del presidente José López Portillo.
- **SEDIF:** Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia: En San Luis Potosí, se dio esta fusión el 17 de abril de 1977, durante la gubernatura del Lic. Guillermo Fonseca Álvarez, mediante el decreto número 158, publicado en el Periódico Oficial del Estado de San Luis Potosí.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia.
- **CREE:** Centro de Rehabilitación y Educación Especial.
- **UBR:** Unidad Básica de Rehabilitación.
- **GPC:** Guías de Práctica clínica.
- **DISCAPACIDAD:** Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (Organización Mundial de la Salud).

- **PERSONA CON DISCAPACIDAD:** La persona con discapacidad es aquella que tiene una o más deficiencias evidenciadas con la pérdida significativa de alguna o algunas de sus funciones físicas, mentales o sensoriales, que impliquen la disminución o ausencia de la capacidad de realizar una actividad dentro de formas o márgenes considerados normales limitándola en el desempeño de un rol, función o ejercicio de actividades y oportunidades para participar equitativamente dentro de la sociedad. (**Ley General de la Persona con Discapacidad, LEY N° 27050, Art. 2**).
- **SISP: sistema de información de servicios prestados**
- **EXCLUSION SOCIAL:** la falta de participación de segmentos de la población en la vida social, económica y cultural de sus respectivas sociedades debido a la carencia de derechos, recursos y capacidades básicas (acceso a la legalidad, al mercado laboral, a la educación, a las tecnologías de la información, a los sistemas de salud y protección social). factores que hacen posible una participación social plena.

- **PROCEDIMIENTO:** es un conjunto de acciones u operaciones que tienen que realizarse de la misma forma, para obtener siempre el mismo resultado bajo las mismas circunstancias (por ejemplo, procedimiento de emergencia).

BIBLIOGRAFIA

<http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

http://www.cepal.org/oig/doc/LeyesCuidado/PER/1999_Ley27050_PER.pdf

<http://www.cij.gob.mx/Normateca/PDF/MFCRC-2013.pdf>

<https://es.wikipedia.org/wiki/Procedimiento>

https://es.wikipedia.org/wiki/Exclusi%C3%B3n_social

Manual normativo de organización de las unidades básicas de rehabilitación del Estado de San Luis Potosí.