SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**

DIF
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

## HOJA DE IDENTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

### NOMBRE DEL DOCUMENTO

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**

### SÍNTESIS DEL DOCUMENTO

**Establecer los procedimientos específicos y la secuencia de acciones del quehacer del Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias en materia de Prestación de Servicios a las Personas con Discapacidad en los Centros de Rehabilitación y de Formación de Recursos Humanos y Educación Continua al Personal Médico y Paramédico que brinda Atención en los Centros de Rehabilitación, con la finalidad de unificar criterios de operación, para optimizar la prestación de los servicios especializados así como la profesionalización de recursos médicos y paramédicos, la investigación y sistematización derivada de los resultados obtenidos de las acciones citados.**

### ÁMBITO DE APLICACIÓN

**DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**

### AUTORIZÓ

C. Landerreche

**LIC. MA. CECILIA LANDERRECHE GÓMEZ MORIN**
**TITULAR DEL ORGANISMO**

**Artículo 11 Fracción XIX del Estatuto Orgánico vigente.**

**DICTAMINADO FAVORABLEMENTE POR EL COMITÉ DE MEJORA REGULATORIA INTERNA (COMERI), 23 DE AGOSTO DE 2012**

UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó:** |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN,<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Firma** | | | |
| **Fecha** | 23 DE AGOSTO 2012 | | |

**AGOSTO 2012**

# ÍNDICE

HOJA

**INTRODUCCIÓN** 5

**I.-** OBJETIVO DEL MANUAL 7

**II.-** MARCO JURÍDICO 8

**III.-** PROCEDIMIENTOS:

**PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN DE DEPENDENCIA DIRECTA, CENTRALIZADOS, DESCENTRALIZADOS Y ESTATALES:**

1. ATENDER A USUARIOS EN LA CONSULTA MÉDICA DE PRIMERA VEZ 10

2. PROPORCIONAR TRATAMIENTO A USUARIOS EN EL ÁREA DE TERAPIA 71

3. ATENDER A USUARIOS EN LA CONSULTA SUBSECUENTE MÉDICA Y PARAMÉDICA 95

4. ELABORAR Y REPARAR ÓRTESIS Y PRÓTESIS EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN 128

5. OTORGAR EL ALTA A LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN 154

6. DETECTAR OPORTUNAMENTE PADECIMIENTOS DISCAPACITANTES EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN 172

7. ATENDER A USUARIOS EN EL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN MÚLTIPLE TEMPRANA 185

8. ATENDER A USUARIOS EN EL PROGRAMA DE ESCUELA PARA FAMILIAS CON HIJOS CON DISCAPACIDAD 202

9. ATENDER A USUARIOS EN EL PROGRAMA DE INCLUSIÓN EDUCATIVA DE MENORES CON DISCAPACIDAD 218

10. ATENDER A USUARIOS EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN E INCLUSIÓN LABORAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD 235

11. INCLUIR A PERSONAS CON DISCAPACIDAD A LA CULTURA FÍSICA Y DEPORTE ADAPTADO. 261

12. OTORGAR Y COMPROBAR LOS APOYOS PARA MIEMBROS DEL EQUIPO REPRESENTATIVO DE DEPORTE ADAPTADO DEL DIF NACIONAL. 287

13. ATENDER A USUARIOS EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DISCAPACIDAD EN ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS. 297

14. ATENDER A USUARIOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN. 319

15. ELABORAR E INTEGRAR LA PROGRAMACIÓN ANUAL DE METAS INSTITUCIONALES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN E INCLUSIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS 338

**FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y EDUCACIÓN CONTINUA EN MATERIA DE REHABILITACIÓN**

16. ASIGNAR SUBSEDES Y REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL SERVICIO SOCIAL DE LAS LICENCIATURAS EN TERAPIA FÍSICA, TERAPIA OCUPACIONAL Y CARRERA DE ÓRTESIS Y PRÓTESIS 350

17. SELECCIONAR A LOS ASPIRANTES AL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE REHABILITACIÓN 395

18. INSTALAR EL COMITÉ LOCAL DE EDUCACIÓN CONTINUA. 408

19. ELABORAR EL DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES DEL PROGRAMA OPERATIVO DE EDUCACIÓN CONTINUA. 420

20. ELABORAR EL PROGRAMA OPERATIVO DE EDUCACIÓN CONTINUA. 431

21. ESTABLECER EL SEGUIMIENTO Y CONTROL AL PROGRAMA OPERATIVO DE EDUCACIÓN CONTINUA 478

22. ELABORAR Y ENTREGAR CONSTANCIAS DEL PROGRAMA OPERATIVO DE EDUCACIÓN CONTINUA. 490

**INVESTIGACIÓN EN DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN**

23. INSTALAR LOS COMITÉS LOCALES DE INVESTIGACIÓN Y BIOÉTICA EN DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN INTEGRAL. 507

24. APROBAR EL PROGRAMA ANUAL DE INVESTIGACIÓN EN DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN INTEGRAL. 522

25. AUTORIZAR LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN SUJETOS O NO A CONSIDERACIONES BIOÉTICAS EN DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN INTEGRAL. 536

26. ENVIAR Y REGISTRAR EL INFORME ANUAL DE INVESTIGACIÓN EN DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN INTEGRAL. 578

**CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS POR LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN.**

27. ASIGNAR, REGISTRAR Y CONTROLAR LAS CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN DEPENDIENTES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN 599

# INTRODUCCIÓN

La Dirección General de Rehabilitación con el propósito de normar las acciones en materia de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias, como lo marca el Programa Institucional Anual 2011, se ha dado a la tarea, de elaborar el presente Manual de Procedimientos en Materia de Rehabilitación, con la finalidad de garantizar se lleven a cabo acciones dirigidas a dar cumplimiento al programa anteriormente mencionado. Dicho manual se ha dividido en 3 rubros:

- Atención de los Usuarios en los Centros de Rehabilitación de dependencia directa, centralizados, descentralizados y estatales.
- Formación de Recursos Humanos y Educación Continua en Materia de Rehabilitación.
- Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral en los Centros de Rehabilitación

La aplicación de la presente normatividad, permitirá a las autoridades y al personal de los Centros de Rehabilitación, unificar los criterios de operación, así como las actividades relevantes de cada uno de ellos, pues contiene el marco normativo, el alcance , la responsabilidad/autoridad, objetivos, descripción de los procedimientos específicos, las actividades presentadas en forma secuencial, formatos e instructivos de cada programa para el estricto cumplimiento de las actividades de los mismos.

La atención de la población con discapacidad en los Centros de Rehabilitación ha representado para el Sistema Nacional DIF un reto constante para la identificación de áreas de oportunidad así como para la implementación de acciones de mejora que permitan elevar la calidad de los servicios especializados en materia de rehabilitación e inclusión social.

La Dirección General de Rehabilitación, tiene bajo su responsabilidad la operación de 21 Centros de Rehabilitación, en la modalidad de Metropolitanos y foráneos, cuya principal actividad es la atención a usuarios que acuden para resolver un problema de salud específico, ya sea del sistema neuromusculoesquelético, de la visión o de la audición y el lenguaje, por ello en el 1er capítulo de este manual se consideran los procedimientos para la atención médica, paramédica, el otorgamiento de órtesis y prótesis entre otros más. Así como también los procedimientos específicos de cada uno de los Programas Sustantivos que operan los centros de rehabilitación.

Los Programas que el Sistema Nacional DIF tiene bajo su responsabilidad, no sólo consideran la atención médica especializada., acorde a lo establecido en su Estatuto Orgánico, en el Artículo 30, apartados X y XI, referentes a Promover la formación de médicos especialistas, personal paramédico, técnico y auxiliar, así como actividades de capacitación continua al personal que desarrolla los programas bajo su responsabilidad y Conducir la implementación y ejecución de programas de investigación y desarrollo tecnológico en materia de rehabilitación y prevención de discapacidad, es que opera los Programas de formación de recursos humanos a nivel licenciatura y a nivel de posgrado. Para ello cuenta con 8 sedes formadoras de Licenciados en Terapia Física y Licenciados en Terapia Ocupacional, con reconocimiento y validez oficial ante la Secretaría de Educación Pública y cuyo 4º. Año de formación es designado al servicio social, el cual se realiza mediante la selección de sedes correspondientes a los Centros de Rehabilitación que conforman el SNDIF.

En este orden de ideas, el Programa Operativo de Educación Continua se realiza en cada uno de los Centros de Rehabilitación de dependencia directa, centralizados y descentralizados, destinándose parte de la jornada laboral a dicho proceso de capacitación.

En este orden de ideas, el Programa Operativo de Educación Continua se realiza en cada uno de los Centros de Rehabilitación de dependencia directa, centralizados y descentralizados, destinándose parte de la jornada laboral a dicho proceso de capacitación, esta actividad permite al personal médico y paramédico de los Centros, mantenerse a la vanguardia en diversas áreas del conocimiento que se traducen en una mejor atención de los usuarios y de esta forma contribuir a mejorar el nivel de salud y calidad de vida de la población objetivo

Por otra parte, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, al pertenecer al Sistema Nacional de Salud, asume la responsabilidad establecida en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (D.O.F. 06-01-1987), en donde se establecen los lineamientos y principios generales a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

El establecer criterios técnicos para regular la aplicación de la investigación en el área de la rehabilitación, permitirá explorar otras formas de tratamiento, prevenir complicaciones y generar nuevos conocimientos, establecer nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento para las diversas enfermedades que condicionan discapacidad.

Por lo anterior, el presente manual contiene las instrucciones detalladas y precisas para realizar en forma ordenada y sistemática los objetivos, las políticas y atribuciones, las funciones y procedimientos en cada uno de los Centros de Rehabilitación dependientes del SNDIF, así como la normatividad y procedimientos que determinan la estructura, organización y función del Comité Local de Investigación y del Comité Local de Bioética en la Investigación para la Prevención de la Discapacidad y Rehabilitación Integral en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; Órgano que determinará la viabilidad de los proyectos de investigación que se realicen en el ámbito de la Dirección General de Rehabilitación.

# I.- OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer los procedimientos específicos y la secuencia de acciones del quehacer del Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias en materia de Prestación de Servicios a las Personas con Discapacidad en los Centros de Rehabilitación y de Formación de Recursos Humanos y Educación Continua al Personal Médico y Paramédico que brinda Atención en los Centros de Rehabilitación, con la finalidad de unificar criterios de operación, para optimizar la prestación de los servicios especializados así como la profesionalización de recursos médicos y paramédicos, la investigación y sistematización derivada de los resultados obtenidos de las acciones citados.

## II.- MARCO JURIDICO

**Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.**
(D.O.F. 5 de febrero de 1917. Última reforma 10 de junio de 2011).

**Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.**
(D.O.F. 29 de diciembre de 1976. Última reforma 17 de junio de 2009).

**Ley de Planeación.**
(D.O.F. 5 de enero de 1983. Última reforma 13 de junio de 2003).

**Ley General de Salud.**
(D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011).

**Ley de Asistencia Social.**
(D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011).

**Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.**
(D.O.F. 29 de mayo de 2000. Última reforma 19 de agosto de 2010).

**Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.**
(D.O.F. 11 de junio de 2003. Última reforma 27 de noviembre de 2007).

**Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.**
(D.O.F. 25 de junio de 2002. Última reforma 24 de junio de 2009).

**Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.**
(D.O.F. 30 de mayo de 2011).

**Ley para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas.**
(D.O.F. 27 de noviembre de 2007. Última reforma 1 de junio de 2011).

**Convención sobre los Derechos del Niño.**

(D.O.F. 25 de enero de 1991).



**Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**.
(D.O.F. 2 de Mayo de 2008).

**Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.**
(D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008).

**Programa Sectorial de Salud 2007-2012**
(D.O.F. 17 de enero de 2008).

**Norma Oficial Mexicana** 173-SSA1-1998 para la Atención a Personas con Discapacidad.
(D.O.F. 19 de Noviembre de 1999.)

**Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico.
(D.O.F. 13 de Octubre de 1999).

**Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.**
(D.O.F. 31-12-2010).

# 1. PROCEDIMIENTO PARA ATENDER A USUARIOS EN LA CONSULTA MÉDICA DE PRIMERA VEZ

| C CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Proporcionar a usuarios el servicio de Consulta Médica de Primera Vez, con estricto apego a la normatividad vigente, con calidad, que cumpla con las necesidades de atención médica especializada con base en el respeto a sus derechos humanos.

## 2.0 Alcance

Aplica a todo el personal de los siguientes Centros:

- Centros Nacionales Modelos de Atención, Investigación y Capacitación Iztapalapa, Gaby Brimmer, Ciegos y Débiles Visuales.
- Centros de Rehabilitación y Educación Especial
- Centros de Rehabilitación Integral
- Centro de Rehabilitación e Integración Social

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

**3.1 Subdirección del Centro de Rehabilitación:**

Garantizar que la consulta médica de primera vez se brinde a los usuarios en forma oportuna, suficiente y con calidad desde su ingreso hasta el término de su atención, respetando los derechos humanos de los usuarios y sus familias.

Dar a conocer a todo el personal del Centro de Rehabilitación el contenido de los Lineamientos del uso, control y archivo de los expedientes clínicos, así como hacer del conocimiento a las áreas correspondientes el incumplimiento de la normatividad.

Instruir al personal del Centro de Rehabilitación que los expedientes clínicos son confidenciales y de uso exclusivo de la Institución.

**3.2 Departamento de Valoración y Tratamiento:**

Procurar que la consulta médica de primera vez se brinde a los usuarios en forma oportuna, suficiente y con calidad desde su ingreso hasta el término de su atención, respetando los derechos humanos de los usuarios y sus familias.

Dar a conocer el procedimiento de Consulta Médica de Primera Vez al personal del Centro involucrado en el mismo.

Coordinar, supervisar y evaluar al personal que interviene, en la prestación del servicio con la finalidad de satisfacer las necesidades del usuario e implementar acciones de mejora.

Dar a conocer los lineamientos para uso, control y archivo del expediente clínico al personal del Centro involucrado.

Coordinar y supervisar al personal que interviene en el uso, control y archivo del expediente clínico.

Establecer el horario de servicio del archivo clínico, garantizando que el préstamo de expedientes no se vea afectado.
Resguardar los expedientes clínicos, en el área destinada para tal fin.
Instruir al personal asignado sobre la depuración de los expedientes clínicos, así como del archivo clínico.
Garantizar que ningún expediente clínico salga de las instalaciones del Centro.
Elaborar el resumen médico cuando así sea requerido por el usuario, para el caso de que sea solicitado por alguna institución pública se facilitará en términos de lo establecido por la normatividad.
Supervisar y colaborar en la depuración mensual de expedientes clínicos del archivo.
Vigilar el cumplimiento de los lineamientos para el uso, control y archivo del expediente clínico se lleven a cabo por el personal adscrito al Centro de Rehabilitación.

**Instruir al área Médica para:**
Conocer el procedimiento de consulta médica de primera vez.
Otorgar la Consulta Médica de Primera Vez con base al procedimiento establecido.
Otorgar la preconsulta y consulta médica de primera vez con calidad y calidez, respetando los derechos humanos de los usuarios y sus familias.
Referir al usuario a otra institución de salud cuando así lo amerite.
Realizar la Historia Clínica de acuerdo a la normatividad vigente, así como, establecer el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del usuario, informándole de su estado de salud y a sus familiares, en su caso, asentando con esto en la Carta de Consentimiento Informado.
Cumplir los lineamientos de la NOM 168 del expediente clínico.
Manejar la información contenida en el expediente clínico con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos, éticos y legales que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente o a petición de la parte interesada.

**Instruir al área Trabajo Social para:**
Proporcionar a los usuarios información correcta y oportuna relacionada con los servicios y programas sustantivos que presta el Centro de forma directa ó a través de la plática de inducción.
Atender a los usuarios y a sus familias en la Consulta de Primera Vez respetando sus derechos humanos.
Elaborar el estudio socioeconómico del usuario, establecer el rango socioeconómico para el pago de la cuota de recuperación correspondiente, con base en el procedimiento de **Asignación, registro y control de cuotas de recuperación de los centros de rehabilitación, dependientes de la Dirección General de Rehabilitación.**
Identificar la problemática familiar de las personas con discapacidad**,** realizar el diagnóstico, pronóstico social, establecer el tratamiento específico y realizar el seguimiento de cada caso.

**Instruir al área Trabajo Social para:**
Realizar visita domiciliaria, cuándo el caso lo amerite, sustentando dicha acción con el reporte correspondiente.
Establecer coordinación extra institucional para la referencia de los usuarios cuando no sean sujetos de atención por parte de los servicios que se prestan en los Centros de Rehabilitación.
Integrar las notas de seguimiento del caso con base en los lineamientos de la NOM-168 del expediente clínico.

**Instruir al área de Apoyo Diagnóstico y área médica para:**
Realizar los Electroencefalogramas, los Potenciales evocados, las Emisiones otoacústicas, las Densitometrías óseas, las Electromiografías, las Audiometrías y los estudios de radiodiagnóstico.
En los estudios de audiometrías, electromiografías, potenciales evocados y emisiones otoacústicas: Las citas serán otorgadas por el médico especialista que realice el estudio, y será el responsable de entregar al usuario sus resultados de forma física vía documento si así fuera necesario, en el plazo señalado por el Médico.
En los estudios de Electroencefalografías, Rayos X, densitometrías, etc.; Las citas serán otorgadas por el personal de apoyo en la recepción del área de Valoración. Los resultados serán otorgados en forma física (placa radiográfica o archivo digital en CD) por el Técnico en el plazo señalado en el momento en el que lo solicite el médico tratante. En el caso de expedientes 5000 se entregará al usuario directamente.

**Instruir al área de Archivo para:**
Atender con calidad y calidez a los usuarios respetando sus derechos humanos.
Registrar los datos del usuario en el Sistema de Padrón de Beneficiarios del Centro y enviarlo mensualmente a su Jefe Inmediato, así como en archivo electrónico en caso de contar con el equipo para tal fin.
Respetar y apegarse a los Lineamientos del uso, control y archivo de los expedientes clínicos.
Prestar el servicio de elaboración y expedición del expediente clínico con calidad y calidez a los usuarios y personal del Centro de Rehabilitación que lo solicite.
Elaborar e integrar los expedientes clínicos, asignándoles la clasificación archivística correspondiente, de acuerdo a la normatividad.
Atender las solicitudes de préstamo de expedientes únicamente al personal de la Unidad de Rehabilitación.
Llevar un registro permanente que dé cuenta del flujo de entrada y salida de los expedientes clínicos, de la conservación y de todo el trabajo archivístico realizado.
Respetar el acceso y la privacidad de los documentos, actuando dentro de los límites de la normatividad vigente
Conservar y organizar la documentación activa y aquella que ha sido clasificada como reservada o confidencial.
El control de los expedientes clínicos será su responsabilidad a través del registro en: la Libreta Única del Centro de Rehabilitación y por medio de Vales de préstamo o salida.

El expediente clínico deberá ser reintegrado al archivo clínico dentro de la jornada de trabajo del personal el mismo día del préstamo.
El tiempo máximo de préstamo del expediente clínico fuera del área será de un día hábil, posterior a este tiempo el expediente deberá ser reintegrado al archivo, en caso de requerir más tiempo dicho expediente se deberá reemplazar el vale de préstamo.

El préstamo de expedientes clínicos será exclusivamente para la persona que firmó el vale, por ningún motivo esta persona podrá prestar el expediente clínico a sus compañeros, superiores o subalternos, para realizar este procedimiento deberá realizar cambio de vale en el archivo clínico.
La persona usuaria del expediente clínico será la responsable de entregar el expediente solicitado en el tiempo establecido de acuerdo a los lineamientos.

### 3.3 Departamento de Apoyo Administrativo.

**Instruir al personal asignado al área de Caja para:**
Atender con calidad y calidez a los usuarios, respetando sus derechos humanos.
Cobrar las cuotas de recuperación de acuerdo a lo especificado en el carnet de citas con base, al rango social determinado por Trabajo Social.
Requisitar, cobrar y entregar comprobante de cuota de recuperación al usuario del servicio solicitado.
Cumplir con la normatividad vigente en materia de cuotas de recuperación.

## 4.0 Descripción del procedimiento

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 1.1 | Solicita a la recepcionista o personal habilitado del Centro de Rehabilitación recibir la solicitud del ingreso del usuario, así como proporcionar información general a través de la plática de inducción sobre los servicios que presta el Centro de Rehabilitación y lo referente a la Prevaloración y Consulta Médica. (1 día hábil). |
| | 1.2 | Solicita a la recepcionista o personal habilitado del Centro de Rehabilitación entregar la ficha al usuario y canalizarlo hacia el área de Prevaloración.<br>Requisitar formato de **Demanda del Servicio** al final de día. (mismo día hábil) |
| | 1.3 | Solicita al Médico Especialista o Médico General recibir al usuario, anotar en la hoja de prevaloración sus datos generales, realizar la exploración física, y registrar en la misma hoja la impresión diagnóstica, determinar el ingreso o no del usuario. **Requisitar el formato de Prevaloración.** (mismo día hábil)<br><br>**¿Procede su ingreso al Centro de Rehabilitación?**<br><br>**NO** |
| | 1.4 | Solicita al Médico Especialista o Médico General enviar al usuario al área de Trabajo Social para la canalización correspondiente.<br>Requisitar el **Registro Diario de Pre consulta. SISP-01.** (mismo día hábil) |
| | 1.5 | Solicita al personal de Trabajo Social recibir al usuario, así como la siguiente documentación del área de prevaloración médica: original y copia de la hoja de prevaloración, verificar los datos y canalizar al usuario a través del formato de referencia a otra instancia de acuerdo a las indicaciones médicas. Requisitar el **Registro Diario de Trabajo Social. SISP-10**. En caso de que el usuario requiera atención por única vez, registrar con número de expediente 5000. (mismo día hábil). |

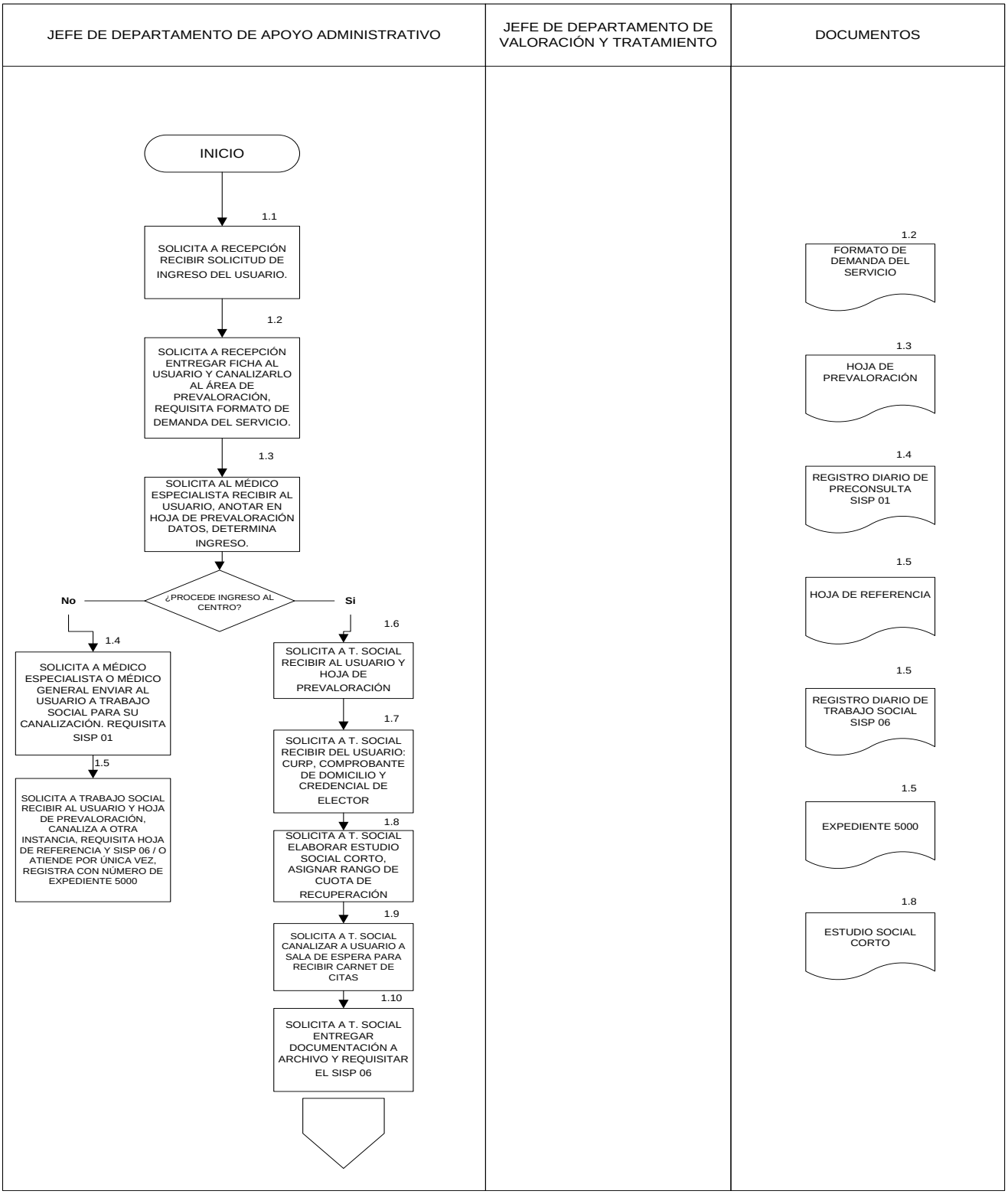
| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 1.6 | **SI**<br>Solicita al personal de Trabajo Social recibir al usuario, así como del área de prevaloración médica, la copia de la hoja de prevaloración. (mismo día hábil) |
| | 1.7 | Solicita al personal de Trabajo Social recibir del usuario los siguientes requisitos: copia del CURP, comprobante de domicilio y credencial de elector. (mismo día hábil) |
| | 1.8 | Solicita al personal de Trabajo Social elaborar el **Estudio Social,** asignar rango socioeconómico para el pago de la cuota de recuperación con base en la normatividad establecida para este fin. (mismo día hábil)<br>***Nota:*** En el caso de que algún o algunos usuarios sean candidatos a ingresar a algún protocolo de investigación se les asignara el rango exento durante el tiempo que dure la investigación y se le informará de manera directa sobre las características de la investigación para su autorización.(mismo día hábil) |
| | 1.9 | Solicita al personal de Trabajo Social canalizar al usuario a la sala de espera para ser llamado por el área de archivo para recibir el Carnet de Citas. (mismo día hábil) |
| | 1.10 | Solicita al personal de Trabajo Social entregar el estudio social, la hoja de prevaloración y la documentación del usuario al área del archivo clínico para su integración y apertura del expediente clínico. Requisitar el **Registro Diario de Trabajo Social. SISP-10**. (mismo día hábil) |
| | 1.11 | Solicita al personal asignado al archivo clínico, atender al usuario, recibir el estudio social y la hoja de prevaloración, la documentación del usuario, registrar los datos del usuario en el Sistema de Padrón de Beneficiarios, elaborar el **Carnet de Citas,** anotar el rango asignado por el área de Trabajo Social para el pago de la cuota de recuperación correspondiente y abrir, rotular, asignar número de expediente e integrar los formatos en el expediente clínico y resguardar los expedientes clínicos de acuerdo a los Lineamientos Generales para la Organización y Conservación de los Archivos |

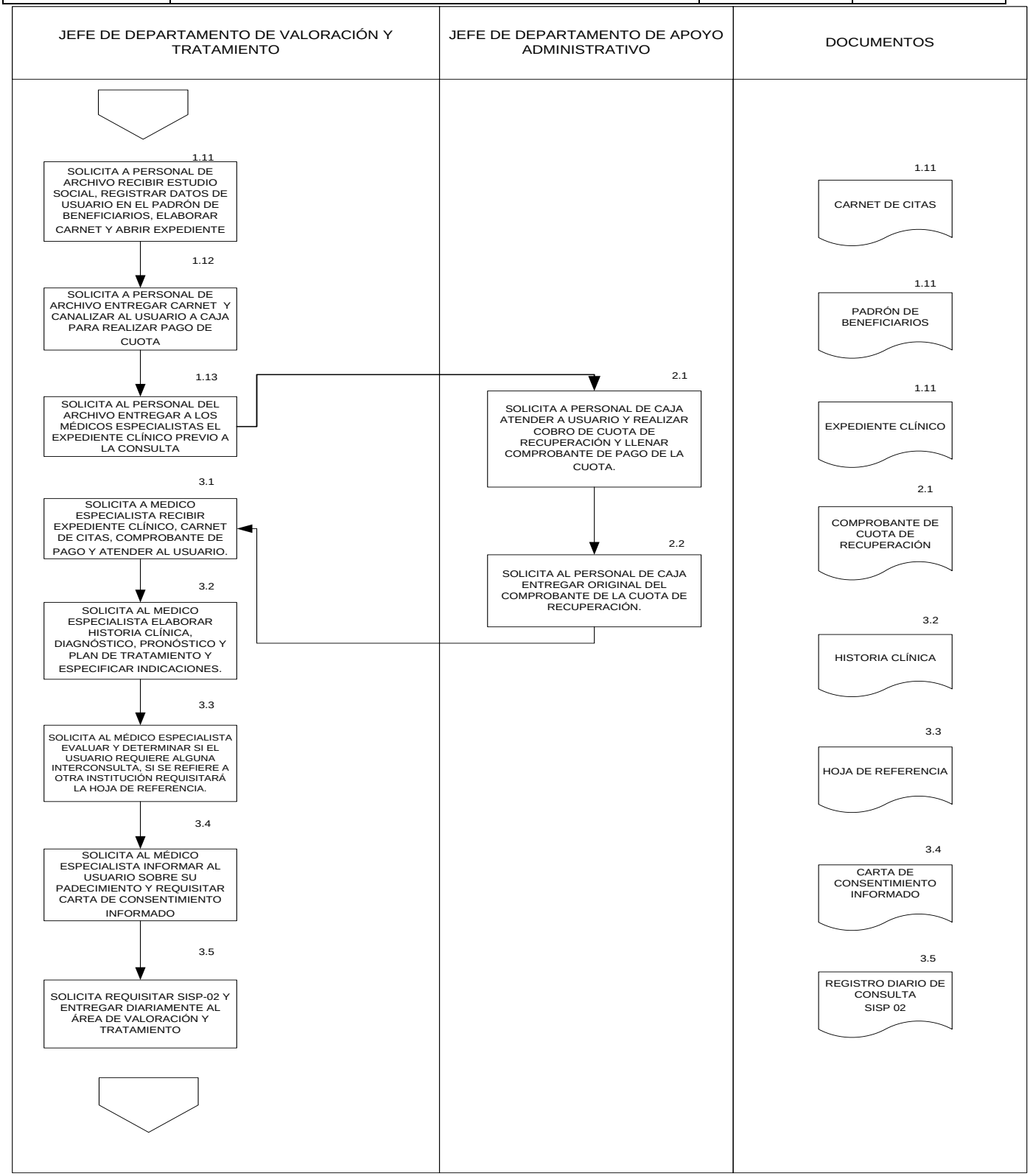
| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 1.12 | Solicita al personal asignado al archivo clínico, entregar Carnet y canalizar al usuario a la caja del centro para el pago correspondiente a la consulta médica de primera vez. (mismo día hábil) |
| | 1.13 | Solicita al personal asignado al archivo clínico, entregar a los médicos especialistas el expediente clínico previo a la consulta médica de primera vez. |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE APOYO ADMINISTRATIVO | 2.1 | Solicita al personal asignado al área de caja, recibir al usuario, realizar el cobro del servicio conforme al rango asignado por el área de trabajo social anotado en el Carnet de Citas y llenar el **Comprobante de pago de la Cuota de Recuperación.**<br><br>***Conecta con Procedimiento de Asignación, Registro y Control de Cuotas de Recuperación de los Centros de Rehabilitación, dependientes de la Dirección General de Rehabilitación.*** |
| | 2.2 | Solicita al personal asignado al área de caja entregar original del **comprobante de la Cuota de Recuperación** al usuario y canalizarlo al área de Valoración Médica. (mismo día hábil). |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 3.1 | Solicita al Médico Especialista recibir el expediente clínico, el carnet de citas, el comprobante de pago y atender al usuario en la consulta médica de primera vez (mismo día hábil). |
| | 3.2 | Solicita al Médico Especialista elaborar la historia clínica, diagnóstico, pronóstico de rehabilitación y plan de tratamiento, especificar las indicaciones en el expediente clínico para los diferentes servicios. |
| | 3.3 | Solicita al Médico Especialista evaluar y determinar de acuerdo al diagnóstico si el usuario requiere de algún tipo de interconsulta, anotar en el expediente clínico. Si requiere referencia a otra institución de salud llenará la **Hoja de Referencia**. (mismo día hábil) |

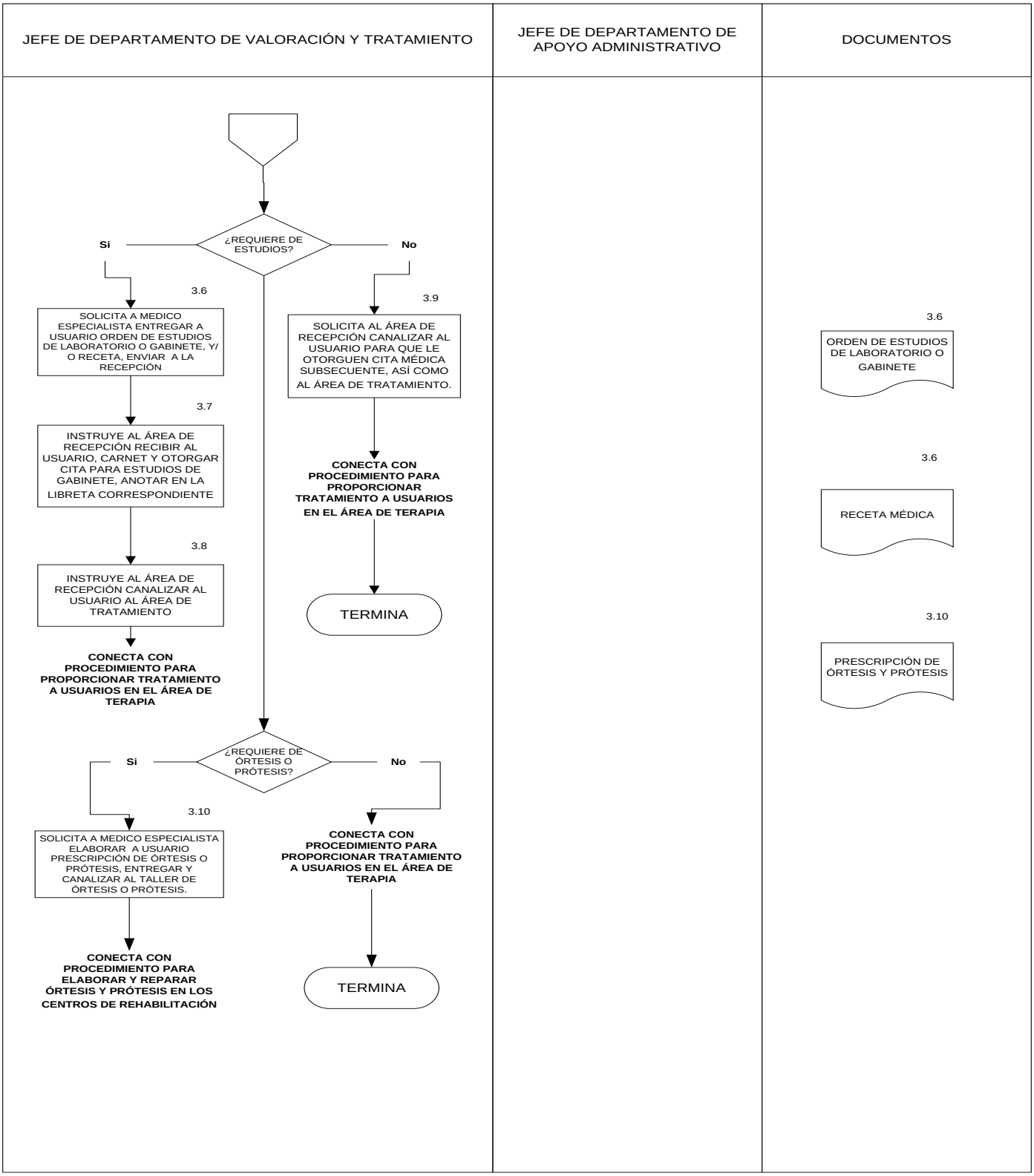
| RESPONSABLE | ACTIVIDAD N° | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 3.4 | Solicita al Médico especialista informar al usuario o al familiar sobre su padecimiento y requisitar la **Carta de Consentimiento Informado.** (mismo día hábil) |
| | 3.5 | Solicita al Médico especialista requisitar el **Registro Diario de Consulta Médica SISP-02, y** entregar de manera diaria al Departamento de Valoración y Tratamiento. (mismo día hábil)<br><br>**¿Requiere de estudios de gabinete?**<br><br>**SI** |
| | 3.6 | Solicita al Médico especialista entregar al usuario la orden de estudios de gabinete y/o laboratorio solicitada en la receta médica y enviar a la Recepción para que le indiquen a donde deberá acudir. (mismo día hábil) |
| | 3.7 | Instruye al área de recepción recibir del usuario el carnet y otorgar cita para estudios solicitados, anotar datos del usuario en la libreta correspondiente (electroencefalografía, rayos X, etc.). (mismo día hábil) |
| | 3.8 | Instruye al área de recepción para canalizar al usuario al Área de Tratamiento.<br><br>**Conecta con Procedimiento para Proporcionar tratamiento a Usuarios en el área de Terapia.**<br><br>**NO** |
| | 3.9 | Solicita al área de recepción canalizar al usuario a la Recepción de Valoración para otorgar Cita Médica Subsecuente, así como al Área de Tratamiento. (mismo día hábil)<br><br>**Conecta con Procedimiento para Proporcionar tratamiento a Usuarios en el área de Terapia.** |

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD Nº | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 3.10 | **¿Requiere de órtesis o prótesis?**<br><br>**SI**<br><br>Solicita a Médico Especialista elaborar la prescripción de órtesis o prótesis, entregar al usuario y canalizar al Taller de órtesis y prótesis.<br><br>**Conecta con Procedimiento para Elaborar y Reparar Órtesis y Prótesis en los Centros de Rehabilitación.**<br><br>**NO**<br><br>**Conecta con Procedimiento para Proporcionar tratamiento a Usuarios en el área de Terapia.**<br><br>**TERMINA** |

# 5.0 Diagrama de Flujo




JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE APOYO ADMINISTRATIVO
DOCUMENTOS
1.11
SOLICITA A PERSONAL DE ARCHIVO RECIBIR ESTUDIO SOCIAL, REGISTRAR DATOS DE USUARIO EN EL PADRÓN DE BENEFICIARIOS, ELABORAR CARNET Y ABRIR EXPEDIENTE
1.12
SOLICITA A PERSONAL DE ARCHIVO ENTREGAR CARNET Y CANALIZAR AL USUARIO A CAJA PARA REALIZAR PAGO DE CUOTA
1.13
SOLICITA AL PERSONAL DEL ARCHIVO ENTREGAR A LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS EL EXPEDIENTE CLÍNICO PREVIO A LA CONSULTA
2.1
SOLICITA A PERSONAL DE CAJA ATENDER A USUARIO Y REALIZAR COBRO DE CUOTA DE RECUPERACIÓN Y LLENAR COMPROBANTE DE PAGO DE LA CUOTA.
2.2
SOLICITA AL PERSONAL DE CAJA ENTREGAR ORIGINAL DEL COMPROBANTE DE LA CUOTA DE RECUPERACIÓN.
3.1
SOLICITA A MEDICO ESPECIALISTA RECIBIR EXPEDIENTE CLÍNICO, CARNET DE CITAS, COMPROBANTE DE PAGO Y ATENDER AL USUARIO.
3.2
SOLICITA AL MEDICO ESPECIALISTA ELABORAR HISTORIA CLÍNICA, DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO Y ESPECIFICAR INDICACIONES.
3.3
SOLICITA AL MÉDICO ESPECIALISTA EVALUAR Y DETERMINAR SI EL USUARIO REQUIERE ALGUNA INTERCONSULTA, SI SE REFIERE A OTRA INSTITUCIÓN REQUISITARÁ LA HOJA DE REFERENCIA.
3.4
SOLICITA AL MÉDICO ESPECIALISTA INFORMAR AL USUARIO SOBRE SU PADECIMIENTO Y REQUISITAR CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
3.5
SOLICITA REQUISITAR SISP-02 Y ENTREGAR DIARIAMENTE AL ÁREA DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO
1.11
CARNET DE CITAS
1.11
PADRÓN DE BENEFICIARIOS
1.11
EXPEDIENTE CLÍNICO
2.1
COMPROBANTE DE CUOTA DE RECUPERACIÓN
3.2
HISTORIA CLÍNICA
3.3
HOJA DE REFERENCIA
3.4
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
3.5
REGISTRO DIARIO DE CONSULTA SISP 02


JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO
JEFE DE DEPARTAMENTO DE APOYO ADMINISTRATIVO
DOCUMENTOS
¿REQUIERE DE ESTUDIOS?
Si
No
3.6
SOLICITA A MEDICO ESPECIALISTA ENTREGAR A USUARIO ORDEN DE ESTUDIOS DE LABORATORIO O GABINETE, Y/ O RECETA, ENVIAR A LA RECEPCIÓN
3.7
INSTRUYE AL ÁREA DE RECEPCIÓN RECIBIR AL USUARIO, CARNET Y OTORGAR CITA PARA ESTUDIOS DE GABINETE, ANOTAR EN LA LIBRETA CORRESPONDIENTE
3.8
INSTRUYE AL ÁREA DE RECEPCIÓN CANALIZAR AL USUARIO AL ÁREA DE TRATAMIENTO
CONECTA CON PROCEDIMIENTO PARA PROPORCIONAR TRATAMIENTO A USUARIOS EN EL ÁREA DE TERAPIA
3.9
SOLICITA AL ÁREA DE RECEPCIÓN CANALIZAR AL USUARIO PARA QUE LE OTORGUEN CITA MÉDICA SUBSECUENTE, ASÍ COMO AL ÁREA DE TRATAMIENTO.
CONECTA CON PROCEDIMIENTO PARA PROPORCIONAR TRATAMIENTO A USUARIOS EN EL ÁREA DE TERAPIA
TERMINA
¿REQUIERE DE ÓRTESIS O PRÓTESIS?
Si
No
3.10
SOLICITA A MEDICO ESPECIALISTA ELABORAR A USUARIO PRESCRIPCIÓN DE ÓRTESIS O PRÓTESIS, ENTREGAR Y CANALIZAR AL TALLER DE ÓRTESIS O PRÓTESIS.
CONECTA CON PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR Y REPARAR ÓRTESIS Y PRÓTESIS EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN
CONECTA CON PROCEDIMIENTO PARA PROPORCIONAR TRATAMIENTO A USUARIOS EN EL ÁREA DE TERAPIA
TERMINA
3.6
ORDEN DE ESTUDIOS DE LABORATORIO O GABINETE
3.6
RECETA MÉDICA
3.10
PRESCRIPCIÓN DE ÓRTESIS Y PRÓTESIS

## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1. Ley General de Salud.** (D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.2. Ley de Asistencia Social.** (D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.3. Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.** (D.O.F. 29 de mayo de 2000. Última reforma 19 de agosto de 2010). |
| **6.4 Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.** (D.O.F. 11 de junio de 2003. Última reforma 27 de noviembre de 2007). |
| **6.5 Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.** (D.O.F. 25 de junio de 2002. Última reforma 24 de junio de 2009). |
| **6.6 Ley General de Población.** (D.O.F. 07 de Enero de 1974. Ultima reforma 25 de Mayo de 2011). |
| **6.7 Ley de Migración.** (D.O.F. 25 de mayo de 2011). |
| **6.8 Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.** (D.O.F. 01 de Febrero de 2007. Última reforma 28 de Enero de 2011) |
| **6.9 Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.** (D.O.F. 30 de mayo de 2011). |
| **6.10 Ley para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas.** (D.O.F. 27 de noviembre de 2007. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.11. Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.** (D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.12. Convención sobre los Derechos del Niño.** (D.O.F. 25 de enero de 1991). |
| **6.13 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**. (D.O.F. 2 de Mayo de 2008). |
| **6.14. Programa Sectorial de Salud 2007-2012** (D.O.F. 17 de enero de 2008). |
| **6.15 Reglamento del Consejo Ciudadano Consultivo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.** (D.O.F. 29 de Noviembre de 2006. Última reforma 16 Junio de 2010). |
| **6.16 Decreto por el que se crea el Sistema Nacional de Guarderías y Estancias Infantiles.** (D.O.F. 10 de Mayo de 2007). |
| **6.17 Norma Oficial Mexicana** 173-SSA1-1998 para la Atención a Personas con Discapacidad. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999.) |
| **6.18 Norma Oficial Mexicana** 167 SSA-1-1997 para la prestación de Servicios de Asistencia Social, para Menores y Adultos Mayores. (D.O.F. 17 de Noviembre de 1999). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico.<br>(D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo.<br>(D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.<br>(D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.**<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.**<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.**<br>(D.O.F. 31-12-2010). |

## 7.0 Glosario

**7.1 Archivo:** Registro, clasificación y protocolización de expedientes clínicos.

**7.2 Área de archivo:** Área restringida destinada para el concentrado, registro, clasificación y resguardo de los expedientes clínicos de los usuarios.

**7.3 Atención médica de primera vez:** conjunto de servicios que se proporcionan al usuario por primera vez, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

**7.4 Carnet de Citas:** Documento donde se señala nombre, RFC, día, hora y lugar para todo tipo de atención que se proporciona en los Centros de Rehabilitación. Cuota de Recuperación: Pago proporcionado por el usuario con base en la asignación de un rango socioeconómico por retribución al servicio otorgado en el Centro de Rehabilitación.

**7.5 Depuración del expediente clínico:** limpieza y supresión del contenido del expediente clínico.

**7.6 Depuración del archivo clínico:** limpieza y supresión de expedientes que excedan el periodo de vigencia.

**7.7 Diagnóstico:** Determina la situación clínica de una persona a través de la elaboración de una historia clínica y exploración física.

**7.8 Expediente Clínico:** Documento oficial, de carácter legal, confidencial, propiedad de la Institución que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias que constituyen una herramienta de obligatoriedad para los sectores públicos, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

**7.9 Historia Clínica:** Documento médico legal que consta de interrogatorio, exploración física, diagnósticos y tratamientos, y que deberá ser elaborada por el médico tratante.

**7.10 Interconsulta:** Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al Usuario, a solicitud del médico tratante.

**7.11 Número de Expediente:** Serie numérica asignada al expediente clínico de acuerdo con la nomenclatura establecida por la Guía simple de archivo, descripción de series y subseries del SNDIF (17S.3.1).

**7.12 Prevaloración:** Consulta médica exploratoria de breve duración que determina el ingreso o no del usuario al Centro de Rehabilitación.

**7.13 Pronóstico:** Juicio clínico medico que elabora el médico respecto a los cambios que pueden sobrevenir durante el curso de una enfermedad, y sobre su duración y terminación por los síntomas que la han precedido o la acompañan.

**7.14 Referencia:** Es el acto de canalizar o derivar al usuario a otra instancia de salud, que realiza el médico con apoyo de trabajo social para complementar su tratamiento o diagnóstico, esta derivación deberá ser realizada en el formato correspondiente.

**7.15 Tratamiento:** Conjunto de alternativas terapéuticas que se prescriben y se emplean para atender enfermedades o padecimientos de medios terapéuticos o prescripciones que se emplean para curar enfermedades o padecimientos. Conjunto de medios de toda clase, higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades.

**7.16 Usuario:** Toda persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica especializada del centro de rehabilitación.

**7.17 Vigencia del expediente:** Tiempo límite en que se encuentra en vigor y observancia un Expediente Clínico en el archivo clínico; los Expedientes Clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán consérvalos por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

## 8.0 Anexos

**8.1** Formato Demanda de Servicios.

**8.2** Formato Hoja de Prevaloración.

**8.3** Formato Registro Diario de Preconsulta SISP-01.

**8.4** Formato Hoja de Referencia.

**8.5** Formato Hoja de Contrarreferencia.

**8.6** Formato Estudio Social Corto.

**8.7** Formato Registro Diario de Trabajo Social SISP-10.

**8.8** Formato Hoja Frontal.

**8.9** Formato Carnet de Citas

**8.10** Formato Padrón de Beneficiarios del Centro de Rehabilitación.

**8.11** Formato Comprobante de Cuota de Recuperación.

**8.12** Formato Historia Clínica.

**8.13** Formato Registro Diario de Consulta Médica SISP-02.

**8.14** Formato Carta de Consentimiento Informado.

**8.15** Formato resultados de Estudios de Gabinete y Laboratorio.

**8.16** Formato vale de préstamo de Archivo Clínico.

**8.17** Formato Visita domiciliaria de Trabajo Social.

**8.18** Formato Visita institucional de Trabajo Social.

## 8.1 Demanda de Servicios

**PARA-DGR-01-F1**

| DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA | **DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**<br>**DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN** |
|---|---|

# Demanda de Servicios

Periodo **(1)**

| DÍA | POBLACIÓN ATENDIDA EN PRECONSULTA | POBLACIÓN NO INCORPORADA A LA PRECONSULTA | POBLACIÓN TOTAL SOLICITANTE POR DÍA |
|---|---|---|---|
| (2) | (3) | (4) | (5) |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | TOTAL | (6) |

**(7)**

_____

Elaboró

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE DEMANDA DE SERVICIOS**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| *1* | *Año y mes de llenado del formato.* |
| *2* | *Fecha en que se realiza la anotación.* |
| *3* | *Cantidad de usuarios que recibieron ficha para consulta médica.* |
| *4* | *Número de personas que no alcanzaron ficha y que no recibieron el servicio de Consulta Médica.* |
| *5* | *Total de demanda registrada por día para la Atención Integral (Usuarios con y sin Ficha).* |
| *6* | *Cantidad de usuarios que recibieron el servicio al día.* |
| *7* | *Nombre y firma de la persona que elaboró.* |

## 8.2 Hoja de Prevaloración

**PARA-DGR-01-F2**



DIF

**SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**
**DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**
**DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN**
**CENTRO DE REHABILITACIÓN**

# HOJA DE PREVALORACIÓN

| | |
|---|---|
| **NOMBRE (1)** | |
| **EDAD (2)** | **GENERO (3)** |
| **OCUPACIÓN O ESCOLARIDAD (4)** | |
| **ENVIADO POR (5)** | |
| **DOMICILIO (6)** | |
| **FECHA (7)** | |

| |
|---|
| **IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (8)** |
| **CANALIZACIÓN (9)** |
| **SE SUGIERE VALORACIÓN POR: (10)** |

| | |
|---|---|
| ORTOPEDIA | |
| MEDICINA DE REHABILITACIÓN | |
| PSICOLOGÍA | |
| PEDAGOGÍA | |
| OFTALMOLOGÍA | |
| NEUROLOGÍA | |
| COMUNICACIÓN HUMANA | |
| EVALUACIÓN DE APTITUDES Y DESARROLLO DE HABILIDADES PARA EL TRABAJO (EADHT) | |
| PEDIATRÍA | |
| TRABAJO SOCIAL | |
| CANALIZACIÓN EXTERNA | |

| |
|---|
| **NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO: (11)** |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE HOJA DE PREVALORACION**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Nombre completo del usuario iniciando por apellido paterno, apellido materno y nombre (s). |
| 2 | Edad del usuario en días, meses o años cumplidos. |
| 3 | Género del usuario, anotando “M” para Mujer y “H” para Hombre. |
| 4 | Ocupación o escolaridad desempeñada en el momento de la entrevista. |
| 5 | Estado civil del usuario. |
| 6 | Calle, número y Colonia. |
| 7 | Día, mes y año, en números arábigos, separados por una diagonal o guión. |
| 8 | Impresión diagnóstica obtenida de la entrevista realizada. |
| 9 | Institución, Centro o sitio específico donde el usuario debe ser atendido, explicando brevemente el motivo de la referencia. |
| 10 | Marcar con una “X” en el cuadro correspondiente al servicio que debe valorar al usuario. |
| 11 | Nombre completo, y la firma del médico que realiza la prevaloración. |

## 8.3 Registro Diario de Preconsulta SISP-01

**PARA-DGR-01-F3**

| DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA<br>**DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**<br>**DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN**<br>**REGISTRO DIARIO DE PRECONSULTA** | | **SISP-01** |
|---|---|---|
| **CLAVE DEL CENTRO: (1)** | **NOMBRE DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN: (2)** | **FECHA (MES/AÑO): (3)** |
| **NO. DE CREDENCIAL: (4)** | **NOMBRE (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S): (5)** | |

| **NOMBRE (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) (6)** | **CORRESPONDE (7)** | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE REGISTRO DIARIO DE PRECONSULTA**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Número de clave del Centro de Rehabilitación. |
| 2 | Nombre del Centro de Rehabilitación sin omitir el lugar de ubicación. |
| 3 | Día, mes y año que corresponda a la contenida en el registro con números arábigos separados por una diagonal. |
| 4 | Número de credencial del médico que otorga la atención al usuario. |
| 5 | Apellido paterno, materno y nombre(s) del médico que otorga la atención al usuario. |
| 6 | Apellido paterno, apellido materno y nombre (s) del usuario. |
| 7 | “X” en la columna correspondiente cuando el usuario haya sido aceptado o no en el Centro de Rehabilitación. |

## 8.4 Hoja de Referencia.

**PRA-DGR-01-F4**

**SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**
**DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**
**DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN**

FOLIO No._____

# HOJA DE REFERENCIA

| | |
|---|---|
| NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN A LA QUE SE REFIERE: (1) | |
| FECHA: (2) | |
| NOMBRE DEL USUARIO: (3) | |
| EDAD: (4) | GENERO: (5) |
| DIAGNOSTICO: (6) | |
| ANTECEDENTES: (7) | |
| PADECIMIENTO ACTUAL (8) | |
| TRATAMIENTOS: (9) | |
| ESTUDIOS REALIZADOS: (10) | |
| OBSERVACIONES O SUGERENCIAS: (11) | |
| **NOMBRE DEL MÉDICO, Nº DE CREDENCIAL Y FIRMA** (12) | |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE HOJA DE REFERENCIA**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | El nombre de la institución a la que se refiere el usuario y el servicio solicitado. |
| 2 | La fecha de la referencia. |
| 3 | Nombre completo. |
| 4 | Los años o meses cumplidos. |
| 5 | Masculino o Femenino según corresponda. |
| 6 | El diagnostico o la impresión diagnostica del usuario referido. |
| 7 | Cualquier dato previo que sea de utilidad para el tratamiento del problema que se diagnostico al usuario referido. |
| 8 | El motivo de la solicitud del servicio. |
| 9 | Los tratamientos que pudiera haber recibido el usuario que va a ser referido y que tengan relación con el padecimiento a tratar. |
| 10 | Los estudios que se le hayan realizado al usuario y que puedan ser de utilidad para establecer su tratamiento. |
| 11 | Cualquier dato que no haya quedado incluido en los rubros anteriores y que pueda ser de utilidad para la atención del usuario referido, en la unidad a la que se envía. |
| 12 | El nombre completo, número de credencial y la firma del médico que está refiriendo al usuario. |

### 8.5 Hoja de Contrarreferencia.

**PARA-DGR-01-F5**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIF | **SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**<br>**DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**<br>**DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN** | | | | |
| | | | | | FOLIO No._____ |
| **HOJA DE CONTRARREFERENCIA** | | | | | |
| NOMBRE DE LA UNIDAD DE LA QUE FUE REFERIDO: (1) | | | | | |
| FECHA DE ENVÍO: (2) | | | | | |
| NOMBRE DEL USUARIO: (3) | | | | | |
| MOTIVO POR EL QUE FUE REFERIDO: (4) | | | | | |
| PADECIMIENTO ACTUAL: (5) | | | | | |
| EVOLUCIÓN: (6) | | | | | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL: (7) | | | | | |
| DIAGNÓSTICO FINAL: (8) | | | | | |
| RECOMENDACIONES PARA SU MANEJO: (9) | | | | | |
| DEBE REGRESAR: (10) **SI** | | | **NO** | | |
| EN CASO DE DUDA COMUNICARSE CON: (11) | | | | | |
| **NOMBRE Y FIRMA** (12) | | | | | |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE HOJA DE CONTRARREFERENCIA**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Nombre completo de la Unidad de la que fue referido |
| 2 | Día mes y año en que se envía al usuario a la instancia que lo refirió |
| 3 | Apellido paterno, materno y nombre (s) del usuario |
| 4 | La causa por la que se le envió originalmente al unidad que contrarrefiere. |
| 5 | Padecimiento que actualmente persiste |
| 6 | Proceso que ha tenido el padecimiento desde que refirieron al usuario hasta que lo contrarrefirieron |
| 7 | Cuál fue el primer diagnostico que se identificó |
| 8 | Cuál es el diagnostico que quedo después del tratamiento |
| 9 | Si se requiere que continúe algún tratamiento o cuidados especiales |
| 10 | Si se requiere que el usuario regrese para seguirlo atendiendo. |
| 11 | El nombre y teléfono de la persona que pueda dar referencias acerca del tratamiento o padecimiento del usuario que fue atendido en la unidad que lo contrarrefiere |
| 12 | Nombre completo y la firma de la persona que contrarrefiere. |

## 8.6 Estudio Social Corto.

**PARA-DGR-01-F6**

**SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**
**DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**
**DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN**
1/2

# ESTUDIO SOCIAL CORTO

| NOMBRE (1) | | | No. DE EXPEDIENTE (2) | CLASIF (3) |
|---|---|---|---|---|
| EDAD (4) | GENERO (5) | EDO. CIVIL (6) | FECHA DE ESTUDIO (7) | |
| ESCOLARIDAD (8) | | OCUPACIÓN (9) | TEL. TRABAJO (10) | |
| DOMICILIO (11) | | | TEL. DOMICILIO (12) | |
| UBICACIÓN ENTRE CALLES (13) | | | | |
| ENTIDAD FEDERATIVA (14) | | | CÓDIGO POSTAL (15) | |
| SERVICIO (16) | | | No. DE CONSULTORIO (17) | |
| MOTIVO DE ESTUDIO (18) | | | | |
| NOMBRE DEL ENTREVISTADO (19) | | | | |
| PARENTESCO (20) | | | | |

**ESTRUCTURA FAMILIAR**

| MIEMBROS DE LA FAMILIA NOMBRE (21) | PARENTESCO (22) | EDAD (23) | ESTADO CIVIL (24) | OCUPACIÓN ESCOLARIDAD (25) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**FAMILIOGRAMA** (26)

## SITUACIÓN ECONÓMICA

| INGRESO | | | | EGRESO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | HORARIO | | INGRESO | | | DÉFICIT: (43) | |
| | M | V | | RENTA O PAGO DE CASA | (34) | EXCEDENTE: (44) | |
| PADRE | | | (27) | SERVICIOS DEL HOGAR | (35) | | |
| MADRE | | | (28) | ATENCIÓN MÉDICA | (36) | | |
| HNO (A) | | | (29) | EDUCACIÓN | (37) | | |
| USUARIO | | | (30) | TRANSPORTE | (38) | | |
| OTROS | | | (31) | RECREACIÓN | (39) | | |
| TOTAL | | | (32) | VESTIDO | (40) | | |
| | | | | OTROS | (41) | | |
| | | | | TOTAL | (42) | | |

## CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

| TIPO DE VIVIENDA (45) | COMPONENTES | | | | | SERVICIO | | | | | | | | | TENENCIA | | | | | | | TIPO DE CONSTRUCCIÓN | | | | BARRERAS ARQUITECTONICAS | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | INTERNAS | | | | EXTERNAS | | | | | |
| | SALA | COMEDOR | COCINA | No. DE BAÑOS | No. DE RECAMARAS | AGUA | LUZ | DRENAJE | ALUMBRADO | ALCANTARILLADO | PAVIMENTO | TELÉFONO | TRANSPORTE | SERV. DE LIMPIEZA | PROPIA | RENTA | PRESTADA | HIPOTECA | INT. SOCIAL | PARACAIDISTA | OTRO | TABIQUE O LADRILLO | CARTON | LAMINA | OTRO | ESCALERAS | ESPACIO REDUCIDO | FALTA ADECUACIÓN | FALTA MOBILIARIO | CALLE INACCESIBLE | FALTA TRANSPORTE | SIN PAVIMENTO | PENDIENTES | BARRANCAS |
| CASA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEPTO. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VECINDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CUARTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DATOS SIGNIFICATIVOS DE LA FAMILIA Y USUARIO (46)

DIAGNOSTICO Y PLAN SOCIAL (47)

| **NOMBRE DE T.S.:**(48) | **FIRMA:** (49) | **NO. DE CREDENCIAL:** (50) |
|---|---|---|

## INSTRUCTIVO DE LLENADO
## FORMATO DE ESTUDIO SOCIAL CORTO

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Nombre del usuario iniciando con apellido paterno, materno y nombre (s). |
| 2 | Número de expediente asignado al usuario. |
| 3 | Clasificación asignada. |
| 4 | En días, meses o años cumplidos |
| 5 | “M” para Mujer, “H” para Hombre. |
| 6 | Soltero, casado, viudo, unión libre, según el caso. |
| 7 | Día, mes y año de la fecha en se realiza el estudio. |
| 8 | El último año cursado o que cursa actualmente, si no tiene escolaridad anotar si sabe leer o escribir. |
| 9 | La ocupación específica que realiza el usuario. |
| 10 | Número completo del teléfono donde labora y su horario de localización. |
| 11 | Calle, número interior y colonia del usuario. Especificar si es definitivo o provisional. |
| 12 | Número de teléfono de su domicilio o de teléfono donde se le llame o deje recado. |
| 13 | Nombre de las calles paralelas entre las que se encuentra la calle del domicilio del usuario. |
| 14 | Municipio y Estado en el caso del interior de la República; la delegación política a la que corresponde la colonia en el caso del D.F. |
| 15 | Número de código postal que le corresponda. |
| 16 | Nombre del área o servicio que solicita la valoración. |
| 17 | Número de consultorio asignado. |
| 18 | “Por problemática social”, si esta se detecta. “caso especial” si así se considera el mismo. “Rutina” cuando el estudio se hace por procedimiento habitual del centro. Se debe describir las características del motivo de estudio de acuerdo a la solicitud efectuada. |
| 19 | Apellido paterno, materno y nombre (s) de la persona que sea la entrevistada, debido a imposibilidad de comunicación por parte del usuario. |
| 20 | El parentesco del entrevistado o la relación que tenga con el usuario. |
| 21 | Apellido paterno, materno y nombres, de cada uno de los miembros de la familia anotados en el punto anterior. |

22 El parentesco de cada uno de los miembros de la familia anotando anotados en el punto anterior.

23 La edad de cada uno de los miembros de la familia anotados en el punto anterior.

24 El estado civil (soltero, casado, viudo, unión libre), de cada uno de los miembros de la familia anotados en el punto 22.

25 La actividad escolar u ocupación de cada uno de los familiares anotados en el punto 21.

26 Familiograma.

27 La cantidad de ingreso mensual que aporta el padre; marcando con una x en la columna correspondiente el turno en el que labora.

28 La cantidad de ingreso mensual que aporta la madre; marcando con una x el turno en el que labora.

29 La cantidad de ingreso mensual que aporta la totalidad de hermanos; marcando con una x el turno en el que labora.

30 La cantidad de ingreso mensual que aporta la persona con discapacidad; marcando con una x el turno en el que labora

31 La cantidad de ingreso mensual que aportan otros; marcando con una x el turno en el que labora

32 Monto total de ingresos.

33 Los egresos mensuales utilizados para alimentación.

34 Los egresos mensuales utilizados para la renta o pago de casa.

35 Los egresos mensuales de servicios del hogar (gas, luz, teléfono, agua, predio).

36 Los egresos mensuales en atención médica.

37 Los egresos mensuales en materia de educación.

38 Los egresos mensuales destinados al transporte.

39 Los egresos mensuales destinados a la recreación.

40 Los egresos mensuales destinados al vestido.

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 41 | Los egresos mensuales destinados a otros. |
| 42 | Monto total de egresos. |
| 43 | La cantidad que necesita la familia y que no cuenta con ello, para cubrir sus necesidades resultantes de la comparación de su ingreso con su egreso. |
| 44 | La cantidad resultante de la resta entre el ingreso familiar y su egreso. |
| 45 | De acuerdo al tipo de vivienda (casa, departamento, vecindad, cuarto u otro) marcar con una “x” las columnas correspondientes a componentes, servicios, tenencia, tipo de construcción y barreras arquitectónicas con los que cuenta la vivienda. |
| 46 | Datos significativos de la familia o Usuario, accesibilidad para deambular, actividades deportivas, problemas familiares-económicos y de conducta, ocupación del tiempo libre de la persona con discapacidad que pueda contribuir a la rehabilitación del mismo. |
| 47 | Diagnóstico y plan social. |
| 48 | Nombre de la trabajadora social iniciando con apellido paterno, materno y nombre (s). |
| 49 | Firma de la trabajadora social. |
| 50 | Número de credencial de la trabajadora social. |

## 8.7 Registro Diario de Trabajo Social SISP-10.

**PRA-DGR-01-F7**

SALUD DIF Nacional

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS — SISP-10

REGISTRO DIARIO DE TRABAJO SOCIAL

| Clave del Centro | Nombre del Centro de Rehabilitación | Fecha: ( día/mes/año) |
|---|---|---|
| No. De Credencial | Nombre (Apellido paterno, materno y nombre -s-) | |

| No de Expediente | Edad | Sexo | | Tipo de Consulta | | Estudios Sociales | | | Visitas | | Tratamiento Social | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | Seguimiento | | Orientación | | | Referencia de casos |
| | | M | F | 1a Vez | Subsecuente | Corto | Profundo | Resumen de caso | Domiciliarias | Institucionales | Actualización de datos | Nota de Seguimieto | Individual | Grupal | Familiar | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nombre y Firma del Responsable _____

## INSTRUCTIVO DE LLENADO
## FORMATO DE REGISTRO DIARIO DE TRABAJO SOCIAL

| 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 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 médico que otorga la atención en el orden indicado (Apellido paterno, materno y nombre -s-). |
| No. de Expediente | Anotar el número de expediente clínico asignado a los pacientes que reciben la atención. |
| Edad | Anotar los años cumplidos a la fecha de atención. En caso de ser menor a 1 año señalar y especificar los meses cumplidos. |
| Sexo | Indicar con la letra "M" en la columna correspondiente si la persona que recibe la atención médica es masculino y "F" si es femenina. |
| 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. |
| Estudios Sociales | Anotar con una "X" el estudio social que recibe un paciente según el caso, corto, profundo y resumen de caso; pudiendo un mismo paciente ser sujeto de más de un tipo de estudio. |
| 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 tratamiento. |
| Total | Anotar la suma total de los siguientes indicadores: Sexo: masculino/femenino; Tipo de consulta: 1a vez/ subsecuente; Otras actividades; Altas. |
| Nombre y Firma del Responsable | Anotar nombre y firma del responsable del llenado. |

## 8.8 Hoja Frontal.

**PRA-DGR-01-F8**

DIF

**SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**
**DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**
**DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN**
**CENTRO DE REHABILITACIÓN**

| NOMBRE Y NÚMERO DE EXPEDIENTE (1) | |
|---|---|
| EDAD (2) | GENERO (3) |
| CENTRO DE REHABILITACIÓN (4) | |

# HOJA FRONTAL

| FECHA DÍA MES AÑO (5) | DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO Y DE DISCAPACIDAD (6) | NOMBRE Y Nº. DE CREDENCIAL DEL MÉDICO TRATANTE (7) |
|---|---|---|
| | | |

## INSTRUCTIVO DE LLENADO
## FORMATO DE HOJA FRONTAL

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Nombre del usuario y número de expediente asignado. |
| 2 | Edad en años. |
| 3 | Género “M” Mujer o “H” Hombre. |
| 4 | Nombre del Centro de Rehabilitación que lo atiende. |
| 5 | Día mes y año con número. |
| 6 | Diagnóstico nosológico o de discapacidad del usuario. |
| 7 | Nombre completo y número de credencial del médico responsable. |

## 8.9 Carnet de Citas

**PRA-DGR-01-F9**

**INSTRUCCIONES PARA ASISTIR A LA CONSULTA EXTERNA**

1. PARA NO PERDER LA CONSULTA, LLEGUE PUNTUAL A LA CITA.
2. ESTÉ PENDIENTE CUANDO LO LLAMEN PARA SU CITA.
3. PARA COMODIDAD DEL USUARIO SOLO DEBE PERMANECER EN LA SALA DE ESPERA Y CON UN ACOMPAÑANTE.
4. PARA CUALQUIER INFORMACIÓN LLAME AL TELÉFONO:

**NOTA: NO SE DARÁ CONSULTA Y/O TRATAMIENTO DESPUÉS DE 15 MIN. DE LA HORA CITADA.**

**EN CASO DE NO LLEGAR PUNTUALMENTE, RECIBIRÁ NUEVA CITA**

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

# CARNET DE CITAS

CLASIFICACIÓN (1)

CENTRO DE REHABILITACIÓN: (2)

NOMBRE DEL USUARIO: (3)

R.F.C. (4)

No. DE EXPEDIENTE (5)

NOMBRE DEL MÉDICO: (6)

| FECHA (7) | HORA (8) | SERVICIO (9) | MÉDICO, TS, PSIC O TERAPEUTA (10) | FECHA (7) | HORA (8) | SERVICIO (9) | MÉDICO, TS, PSIC O TERAPEUTA (10) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

## INSTRUCTIVO DE LLENADO
## FORMATO DE CARNET DE CITAS

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Clasificación o rango socioeconómico. |
| 2 | Nombre del Centro de Rehabilitación. |
| 3 | Nombre del usuario iniciando con apellido paterno, materno y nombre (s). |
| 4 | Registro Federal de Causantes. |
| 5 | Número de expediente del usuario. |
| 6 | Nombre del médico tratante iniciando con apellido paterno, materno y nombre (s). |
| 7 | Fecha programada de la cita. |
| 8 | Hora de la cita programada. |
| 9 | Nombre del servicio que se va a otorgar. |
| 10 | Apellido paterno de quien otorga el servicio. |
| 11 | Fecha programada de la cita. |
| 12 | Hora de la cita programada. |
| 13 | Nombre del servicio que se va a otorgar. |
| 14 | Apellido paterno de quien otorga el servicio. |

## 8.10 Padrón de Beneficiarios del Centro de Rehabilitación.

**PRA-DGR-01-F10**

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

**DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**
**DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN**

PADRÓN DE BENEFICIARIOS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN _____(1)_____

| DATOS GENERALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | DATOS DEL DOMICILIO (16) | | | | | | | DATOS DE CONTACTO (17) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No (2) | Número de Expediente (3) | Nombre (s) (4) | Apellido Paterno (5) | Apellido Materno (6) | Género (H/M) (7) | Edad (8) | | Estado Civil (9) | Escolaridad(10) | Status Laboral (11) | CURP (12) | Tipo de Discapacidad (13) | | | | | | | | | Fecha de Ingreso (14) | Rango socioeconómico (15) | Calle | No. Exterior | No. Interior | Colonia | Código Postal | Entidad Federativa | Municipio | Correo Electrónico | (LADA)+ Número Telefónico |
| | | | | | | Años | Meses | | | | | D.-1 | D.-2 | D.-3 | D.-4 | D.-5 | D.-6 | D.-7 | D.-8 | D.-9 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

NOMBRE Y FIRMA DEL SUBDIRECTORDEL CENTRO:_____(18)_____
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO:_____(19)_____

## INSTRUCTIVO DE LLENADO
## FORMATO DE PADRÓN DE BENEFICIAROS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Nombre del Centro de Rehabilitación |
| 2 | No. consecutivo. |
| 3 | No. de Expediente |
| 4 | Nombre (s) del usuarios |
| 5 | Apellido paterno del usuario |
| 6 | Apellido materno del usuario |
| 7 | “H” hombre, “M” mujer |
| 8 | Edad (en años y meses) |
| 9 | Estado civil (soltero o casado) |
| 10 | El último grado de estudios del usuario de acuerdo a la siguiente clasificación: No Aplica refiriéndose al recién nacidos, lactantes o preescolares (PRE.); Analfabeta (A); Primaria Incompleta (P.I.); Primaria Completa (P.C.); Secundaria Incompleta (S.I.); Secundaria Completa (S.C.); Bachillerato Incompleto (B.I.); Bachillerato Completo (B.C.); Licenciatura (L); Otra (especificar ) |
| 11 | Status laboral (Trabaja SI o NO) |
| 12 | CURP del usuario |
| 13 | Tipo de discapacidad (motora, visual, intelectual, auditiva y de lenguaje y múltiple) |
| 14 | Fecha de ingreso(día-mes-año) |
| 15 | Rango socioeconómico |
| 16 | Datos del domicilio: calle, número exterior, número interior, colonia, código postal, Entidad Federativa, Municipio (delegación) y/o localidad donde se ubica el domicilio del usuario, |
| 17 | Datos de contacto: correo electrónico y teléfono del usuario |
| 18 | Nombre y firma del Director o Coordinador General del Centro |
| 19 | Nombre y firma del Jefe de Departamento de Valoración y Tratamiento. |

## 8.11 Comprobante de Cuota de Recuperación.

**PRA-DGR-01-F11**

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
Av. Emiliano Zapata # 340 Col. Sta. Cruz Atoyac
C.P. 03310 México, D.F. Tel. 30 03-22 00
R.F.C. SND-770113-4I0

SALUD

RECIBO DE INGRESOS
R.I. A 000000

LUGAR:_____

FECHA: _____

RECIBIMOS DE: _____ N° EXP: _____

| CANTIDAD | DESCRIPCIÓN | CUOTA | IMPORTE |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | TOTAL: | |

CANTIDAD DE: $ _____ IMPORTE CON LETRA: (_____)

| CLAVE SERVICIO | TIPO SERVICIO | CLAVE DEL CENTRO |
|---|---|---|
| | | |

FIRMA DEL CAJERO

NOTA: ESTE RECIBO NO ES VALIDO SIN EL SELLO DE CAJA Y LA FIRMA DEL CAJERO

## INSTRUCTIVO DE LLENADO
## FORMATO DE COMPROBANTE DE LA CUOTA DE RECUPERACIÓN

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Nombre del Centro de Rehabilitación. |
| 2 | Fecha en que se hace el pago escribir día, mes y año con números arábigos. |
| 3 | Nombre completo del usuario iniciando por apellido paterno, materno y nombre (s). |
| 4 | Número del Expediente |
| 5 | Con número cantidad a pagar. |
| 6 | Tipo de servicio (Consulta, Terapia). |
| 7 | Con número cantidad a pagar. |
| 8 | Con número cantidad total a pagar. |
| 9 | Con número cantidad a pagar. |
| 10 | Con letra cantidad a pagar. |
| 11 | Clave del servicio. |
| 12 | Clave del Centro. |
| 13 | Firma del Cajero. |
| 14 | Sello de Caja o firma del cajero. |

## 8.12 Historia Clínica

**PRA-DGR-01-F12**

DIF

**SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**
**DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**
**DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN**
**CENTRO DE REHABILITACIÓN**

# HISTORIA CLÍNICA

| | |
|---|---|
| **NOMBRE Y NÚMERO DE EXPEDIENTE (1)** | |
| **EDAD (2)** | **GENERO (3)** |
| **CENTRO DE REHABILITACIÓN (4)** | |
| **SERVICIO (5)** | |

| **ANTECEDENTES:** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **INTERROGATORIO:** (6) | **DIRECTO** | | **INDIRECTO** | |
| **HEREDITARIOS Y FAMILIARES:** (7) | | | | |
| **PERSONALES NO PATOLÓGICOS:** (8) | | | | |
| **PERSONALES PATOLÓGICOS:** (9) | | | | |

| |
|---|
| **PADECIMIENTO ACTUAL:** (10) |
| **APARATOS Y SISTEMAS:** (11) |
| **EXÁMENES PREVIOS:** (12) |
| **TERAPÉUTICA EMPLEADA:** (13) |
| **DIAGNÓSTICOS PREVIOS:** (14) |

| **PESO** (15) | **ESTATURA** (16) | **PULSO** (17) | **TENSIÓN ARTERIAL** (18) | **TEMPERATURA** (19) | **RESPIRACIÓN** (20) |
|---|---|---|---|---|---|

**INSPECCIÓN GENERAL**

**MARCHA:** (21)

**POSTURA:** (22)

**CABEZA Y CUELLO:** (23)

**PARES CRANEALES:** (24)

**TÓRAX Y ABDOMEN:** (25)

| |
|---|
| **MIEMBROS SUPERIORES:** (26) |
| **MIEMBROS INFERIORES:** (27) |
| **A.D.V.H.** (28) |
| **DIAGNOSTICO NOSOLÓGICO Y DE DISCAPACIDAD:** (29) |
| **PRONOSTICO DE REHABILITACIÓN:** (30) |
| **TRATAMIENTO INTEGRAL:** (31**)** |
| **NOMBRE Y No. DE CREDENCIAL:** (32**)** |

## INSTRUCTIVO DE LLENADO
## FORMATO DE LA HISTORIA CLÍNICA

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Nombre del usuario iniciando con apellido paterno, materno y nombre (s) Y Número de expediente asignado, con números arábigos. |
| 2 | Edad del usuario. |
| 3 | “M” en caso de que el usuario sea Mujer y “H” en caso de sea Hombre. |
| 4 | Nombre del Centro de Rehabilitación. |
| 5 | Consulta Externa. |
| 6 | Marcar con una (x) en Directo si la información la proporciona el usuario o Indirecto si es proporcionada por un familiar. |
| 7 | Antecedentes Hereditarios y Familiares. |
| 8 | Antecedentes Personales no Patológicos. |
| 9 | Antecedentes Personales Patológicos. |
| 10 | Padecimiento Actual. |
| 11 | Aparatos y Sistemas. |
| 12 | Exámenes Previos. |
| 13 | Terapéutica Empleada. |
| 14 | Diagnósticos previos. |
| 15 | Peso en Kilogramos. |
| 16 | Estatura en metros. |
| 17 | Pulso. |

## INSTRUCTIVO DE LLENADO
## FORMATO DE LA HISTORIA CLÍNICA

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 18 | Tensión Arterial. |
| 19 | Temperatura. |
| 20 | Frecuencia Respiratoria. |
| 21 | Marcha. |
| 22 | Postura. |
| 23 | Cabeza y cuello. |
| 24 | Pares craneales. |
| 25 | Tórax y abdomen. |
| 26 | Miembros superiores. |
| 27 | Miembros inferiores. |
| 28 | Actividades de la Vida Diaria Humana. |
| 29 | Diagnóstico nosológico y de discapacidad. |
| 30 | Pronóstico de Rehabilitación. |
| 31 | Tratamiento integral. |
| 32 | Nombre del médico tratante, iniciando con apellido paterno, materno y nombre (s), y número de credencial. |

## 8.13 Registro Diario de Consulta Médica SISP-02.

**PRA- DGR-01-F13**

SALUD DIF Nacional

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

| SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS | SISP-02 |
|---|---|
| REGISTRO DIARIO DE CONSULTA MÉDICA | |

| Clave del Centro | Nombre del Centro de Rehabilitación | Fecha: ( día/mes/año) |
|---|---|---|
| No. De Credencial | Nombre (Apellido paterno, materno y nombre -s-) | |

| No de Expediente | Edad | Sexo | | Tipo de Consulta | | Diagnóstico (CIE-10) | | Otras Actividades | Alta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | M | F | 1a Vez | Subsecuente | Descripción | Clave | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | |

Nombre y Firma del Responsable _____

## INSTRUCTIVO DE LLENADO
## FORMATO DE REGISTRO DIARIO DE CONSULTA MÉDICA

| 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 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 | Escribir el nombre del médico que otorga la atención en el orden indicado (Apellido paterno, materno y nombre -s-). |
| No. de Expediente | Anotar el número de expediente clínico asignado a los pacientes que reciben la atención médica. |
| Edad | Anotar los años cumplidos a la fecha de atención. En caso de ser menor a 1 año señalar y especificar los meses cumplidos. |
| Sexo | Indicar con la letra "M" en la columna correspondiente si la persona que recibe la atención médica es masculino y "F" si es femenina. |
| 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. |
| Diagnóstico CIE-10 | De acuerdo a la CIE-10 anotar el diagnóstico médico y la clave que le corresponde. |
| Otras actividades | Anotar en la casilla correspondiente la actividad que se realizo en consulta médica: certificados, constancias de discapacidad, revisión de rayos x, revisión de órtesis y/o prótesis. |
| Alta | Anotar en la columna correspondiente la causa o motivo de alta: rehabilitación, deserción y fallecimiento. |
| Total | Anotar la suma total de los siguientes indicadores: Sexo: masculino/femenino; Tipo de consulta: 1a vez/ subsecuente; Otras actividades; Altas. |
| Nombre y Firma del Responsable | Anotar nombre y firma del responsable del llenado. |

## 8.14 Carta de Consentimiento Informado.

**PRA-DGR-01-F14**

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

México D.F., a _____de ____(1)_____de 20___.
Hora: ____(2)_____

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

_____(3)_____ por mi propio derecho o en representación del (la) menor o persona con discapacidad intelectual _____(4)_____ expreso mi amplio CONSENTIMIENTO para recibir la valoración y el tratamiento médico rehabilitatorio necesario en mi persona o mi representado (a), toda vez que el Médico responsable explique lo relacionado con el padecimiento, el tipo de tratamiento que recibiré y/o recibirá mi representado, las secuelas y posibles riesgos que se pudieran presentar como consecuencia del padecimiento y del tratamiento rehabilitatorio, así mismo autorizo al personal de salud para la atención de eventualidades y urgencias derivadas del mismo.

**USUARIO**

Nombre:_____(5)_____
Diagnóstico:_____(6)_____
Edad:_____(7)_____ Género: ___(8)_____Nº. de Expediente:_____(9)_____
Domicilio: _____(10)_____
Colonia C.P. Teléfono

**MEDICO**

Nombre del Médico Tratante: _____(11)_____
Cédula profesional _(12)_____

**RESPONSABLE**

Nombre del Responsable: _____(13)_____
Edad:_____(14)_____ Género: ___(15)_____
Domicilio: _____(16)_____
Colonia C.P. Teléfono
Parentesco: _____(17)_____

**TESTIGO**

Nombre:_____(18)_____

Edad:____(19)_____Genero: _____(20)____Teléfono:_____(21)_____

FIRMA USUARIO FIRMA MEDICO FIRMA TESTIGO

_____(22)_____ _____(23)_____ _____(24)_____

## INSTRUCTIVO DE LLENADO
## FORMATO DE CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Fecha del día en que se otorga la consulta de primera vez. |
| 2 | Hora de elaboración |
| 3 | Nombre del usuario y/o Representante |
| 4 | Nombre del menor o persona con discapacidad intelectual cuando el caso lo amerite |
| 5 | Nombre completo del usuario. |
| 6 | Diagnóstico del usuario. |
| 7 | Edad en años en años o meses |
| 8 | Hombre (H) o Mujer (M) |
| 9 | Número de expediente clínico asignado. |
| 10 | Domicilio completo y teléfono del usuario o de algún familiar en donde se le pueda localizar. |
| 11 | Nombre completo del médico tratante. |
| 12 | Número de cédula profesional. |
| 13 | Nombre del Responsable del menor o persona con discapacidad |
| 14 | Edad en años. |
| 15 | Hombre (H) o Mujer (M) |
| 16 | Domicilio completo y teléfono del usuario o de algún familiar en donde se le pueda localizar. |
| 17 | Parentesco con el usuario |
| 18 | Nombre completo del testigo |

## INSTRUCTIVO DE LLENADO
## FORMATO DE CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

| NO. | | NO. |
|---|---|---|
| 19 | Edad en años | |
| 20 | Hombre (H) o Mujer (M) | |
| 21 | Número telefónico | |
| 22 | Firma del usuario o representante | |
| 23 | Firma del médico tratante | |
| 24 | Firma del testigo. | |

## 8.15 Resultados de Estudios de Gabinete y Laboratorio.

**PRA-DGR-01-F15**

DIF

**SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**
**DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**
**DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN**
**CENTRO DE REHABILITACIÓN**

| NOMBRE (1) | |
|---|---|
| FECHA(2) | GENERO (3) |

# RESULTADOS DE ESTUDIOS DE GABINETE Y LABORATORIO

(4)

| | |
|---|---|
| _____12º | 12º _____ |
| _____11º | 11º _____ |
| _____10º | 10º _____ |
| _____9º | 9º _____ |
| _____8º | 8º _____ |
| _____7º | 7º _____ |
| _____6º | 6º _____ |
| _____5º | 5º _____ |
| _____4º | 4º _____ |
| _____3º | 3º _____ |
| _____2º | 2º _____ |
| _____1º | 1º _____ |

## INSTRUCTIVO DE LLENADO
## FORMATO DE RESULTADOS DE ESTUDIOS DE GABINETE Y LABORATORIO

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Escribir el nombre del usuario. |
| 2 | Escribir la fecha en que se registra el resultado del estudio. |
| 3 | Escribir “H” para hombre y “M” para Mujer. |
| 4 | Pegar resultados de laboratorio en cada renglón. |

## 8.16 Vale de préstamo de Archivo Clínico.

**PRA-DGR-01-F16**

| | |
|---|---|
| DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA | **DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**<br>**DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN**<br>**CENTRO DE REHABILITACION…..**<br><br>**ARCHIVO CLINICO**<br>**VALE DE PRESTAMO DEL EXPEDIENTE CLINICO** |

| | |
|---|---|
| Nº DE EXPEDIENTE<br>( 1 ) | **FECHA DE SOLICITUD:**<br>( 2 ) |
| NOMBRE DEL USUARIO:<br>( 3 ) | |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE:<br><br>( 4 ) | |
| AREA:<br>( 5 ) | FECHA DE DEVOLUCION:<br>( 6 ) |
| ENTREGA:<br><br>( 7 )<br>NOMBRE Y FIRMA | RECIBE:<br><br>( 8 )<br>NOMBRE Y FIRMA |

## INSTRUCTIVO DE LLENADO
## FORMATO DE VALE DE PRÉSTAMO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Número de Expediente Clínico asignado al usuario. |
| 2 | Día, mes y año en que se elabora la solicitud. |
| 3 | Nombre completo del usuario iniciando con el apellido paterno. |
| 4 | Nombre completo de la persona que realiza la solicitud. |
| 5 | Área que solicita el Expediente. |
| 6 | Día, mes y año en que se devuelve el Expediente. |
| 7 | Nombre y firma de quien entrega el Expediente. |
| 8 | Nombre y firma de quien recibe el Expediente. |

## 8.17 Visita domiciliaria de Trabajo Social.

**PRA-DGR-01-F17**

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

VISITA DOMICILIARIA DE TRABAJO SOCIAL

DATOS GENERALES:

NOMBRE DEL USUARIO:_____ (2)

No. DE EXPEDIENTE: _____ (3)

MOTIVO DE LA VISITA: _____ (4)

DESARROLLO:_____ (5)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ACUERDOS:

_____ (6)
_____
_____
_____
_____

NOMBRE Y FIRMA DE LA T.S. (7)

_____

## INSTRUCTIVO DE LLENADO
## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA DE TRABAJO SOCIAL

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Fecha en que se realiza el Informe. |
| 2 | Nombre completo del usuario. |
| 3 | Número de expediente clínico del usuario. |
| 4 | El motivo (os) de la visita domiciliaria, sea para seguimiento del caso, para aplicación de estudio social profundo, etc., colocar fecha en que se realiza la visita. |
| 5 | El desarrollo de la visita de manera concisa y breve, anexando la documentación soporte. |
| 6 | Los acuerdos establecidos con el usuario o su familia durante la visita. |
| 7 | Nombre y firma de la Trabajadora Social que elaboró el documento. |

## 8.18 Visita institucional de Trabajo Social.

**PRA-DGR-01-F18**

VISITA INSTITUCIONAL DE TRABAJO SOCIAL

DATOS GENERALES:

MOTIVO DE LA VISITA:_____ (2)

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: _____ (3)

DESARROLLO:_____ (4)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ACUERDOS:

_____ (5)
_____
_____
_____
_____

NOMBRE Y FIRMA DE LA T.S. (6)

_____

## INSTRUCTIVO DE LLENADO
## FORMATO DE VISITA INSTITUCIONAL DE TRABAJO SOCIAL

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | El día, mes y año de llenado del formato. |
| 2 | El motivo por el cual se realizará la visita institucional. |
| 3 | El nombre de la institución y domicilio de la misma. |
| 4 | El desarrollo de la visita de manera concisa y breve, anexando la documentación soporte. |
| 5 | Los acuerdos establecidos con el usuario o su familia durante la visita. |
| 6 | Escribir nombre y firma de la Trabajadora Social que elaboró el documento. |

# 2.- PROCEDIMIENTO PARA PROPORCIONAR TRATAMIENTO A USUARIOS EN EL ÁREA DE TERAPIA

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Proporcionar a los usuarios los servicios de tratamiento en el área de Terapia, Física, Ocupacional y Lenguaje en cumplimiento a las indicaciones del médico especialista para su rehabilitación e inclusión social, con estricto apego a la normatividad vigente con calidad y con base en el respeto a sus derechos humanos.

## 2.0 Alcance

Aplica a todo el personal de los siguientes Centros:

Centros Nacionales Modelos de Atención, Investigación y Capacitación Iztapalapa, Gaby Brimmer, Ciegos y Débiles Visuales.

Centros de Rehabilitación y Educación Especial

Centros de Rehabilitación Integral

Centro de Rehabilitación e Integración Social

## Políticas de operación, normas y lineamientos

**3.1 Subdirección del Centro de Rehabilitación:**
Garantizar que el tratamiento de terapia se brinde a los usuarios en forma oportuna, suficiente y con calidad desde su ingreso hasta el término de su atención, respetando los derechos humanos de los usuarios y sus familias.

**3.2 Departamento de Valoración y Tratamiento:**
Procurar que el tratamiento del área de terapia se brinde a los usuarios en forma oportuna, adecuada y con calidad desde su ingreso hasta el término de su atención, respetando los derechos humanos de los usuarios y sus familias.
Dar a conocer a las áreas médicas, paramédicas y de tratamiento el procedimiento para proporcionar tratamiento en el área de terapia al personal del Centro involucrado en el mismo.
Coordinar, supervisar y evaluar al personal que interviene, en la prestación del servicio del área de terapia con la finalidad de satisfacer las necesidades del usuario e implementar acciones de mejora.
Supervisar la Atención de los usuarios en el tratamiento para que se otorgue con calidad y calidez en el área de terapia

**3.3 Instruir al área Médica para:**
Conocer el procedimiento para proporcionar tratamiento en el área de terapia.
Cambiar plan de tratamiento al usuario cuando así lo amerite.
Revisar las notas de terapias para verificar la evolución del usuario con el tratamiento prescrito y establecer comunicación con el terapista que proporciona el tratamiento para intercambiar opiniones sobre la evolución del usuario.
Establecer el tratamiento del usuario e informarle del estado de su padecimiento, así como a sus familiares.

**3.4 Instruir al supervisor de Terapia para:**
Organizar y coordinar las actividades del área de terapia (recepcionista o personal asignado, terapistas, así como a los pasantes en terapia)
Supervisar el otorgamiento de horarios de tratamiento de terapia física, terapia ocupacional y terapia del lenguaje.
Supervisar y verificar que el usuario reciba el tratamiento prescrito por el médico tratante
Dar seguimiento a los usuarios que asisten a su tratamiento
Verificar que el área de terapia los equipos se encuentren en óptimas condiciones y los materiales sean oportunos y suficientes.
Elaborar y actualizar los programas para los grupos de tratamiento: lumbalgia, amputados, hemipléjicos, parálisis facial, entre otros.
Supervisar los formatos de productividad y elaborar el reporte de los mismos.
Establecer el enlace con el médico tratante y el terapista para un adecuado tratamiento.

**3.5 Instruir al recepcionista o personal asignado a esa área para:**
Recibir al usuario e informar sobre sus sesiones de tratamiento y terapista asignado con calidad y calidez.
Proporcionar la fecha y hora de las sesiones de tratamiento de terapia.
Requisitar el tarjetón único de terapia con las prescripciones medicas.
Proporcionar apoyo para el proceso de atención al usuario en el área de terapias (requisitar tarjetón de terapias, solicitud y entrega de expedientes, otorgar citas).

**3.6 Instruir a los terapistas físicos, ocupacionales o de lenguaje para:**
Conocer el procedimiento para proporcionar tratamiento en el área de terapia.
Proporcionar tratamiento (física, ocupacional y de lenguaje) a usuarios con calidad y calidez.
Canalizar al usuario con el Supervisor de Terapias o médico tratante cuando el caso lo amerite.
Realizar la nota de terapia de acuerdo a la normatividad vigente e integrarla al expediente clínico y establecer comunicación con el médico tratante para intercambiar opiniones sobre la evolución del usuario.
Requisitar los formatos de productividad individual (SISP) y entregarlo a su supervisor el mismo día.
En caso de haber modificaciones en las indicaciones médicas, aplicar el nuevo tratamiento prescrito.

**3.7 Instruir al personal de archivo para:**
Atender con calidad y calidez a los usuarios respetando sus derechos humanos.
Entregar al área de terapias el expediente clínico correspondiente para el tratamiento con la normatividad vigente.

**3.8 Departamento Administrativo**
Organizar al personal de su área para que se cobren los servicios de rehabilitación en tiempo y forma.

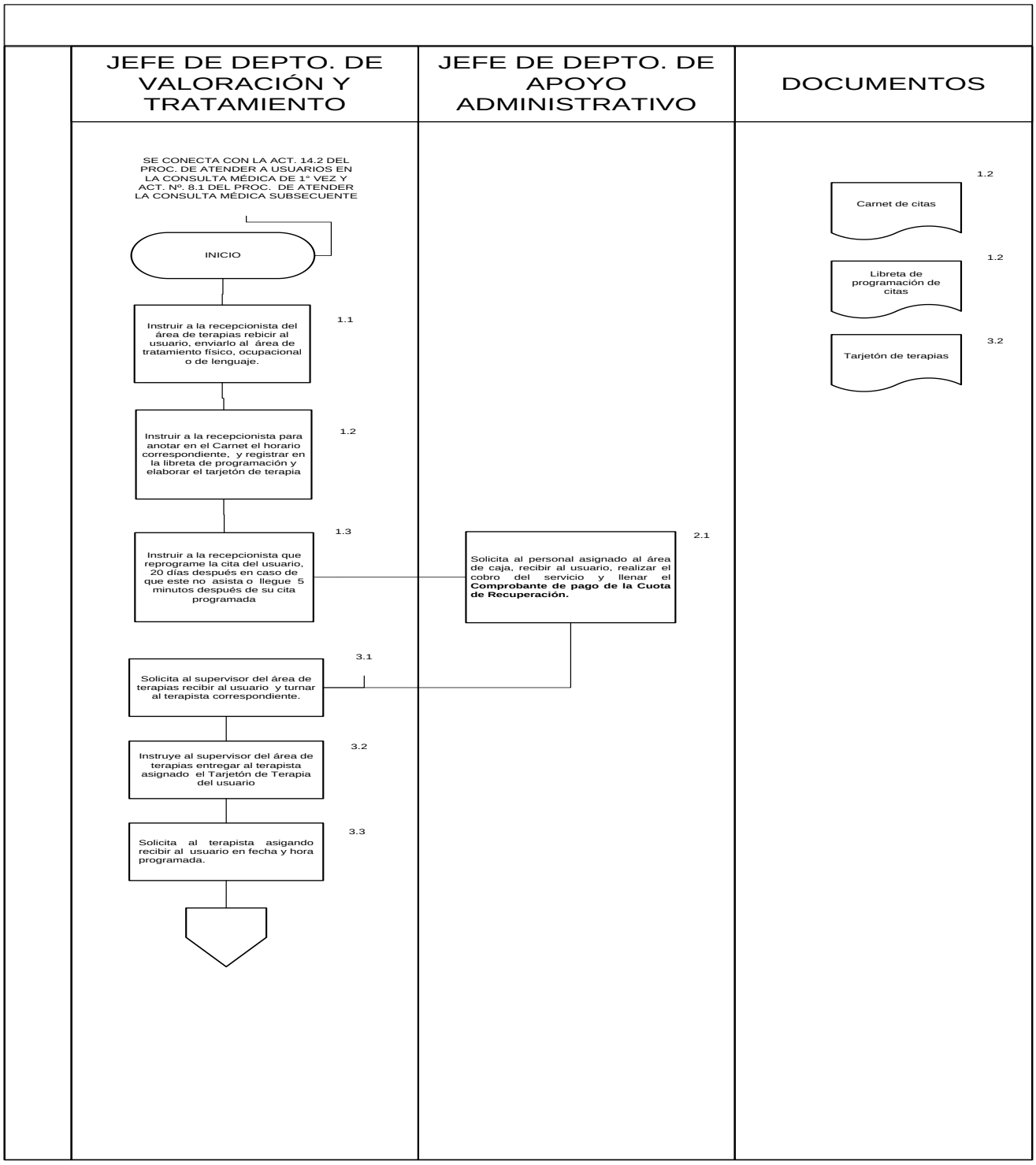
**3.9 Instruir al personal asignado al área de Caja para:**
Atender con calidad y calidez a los usuarios, respetando sus derechos humanos.

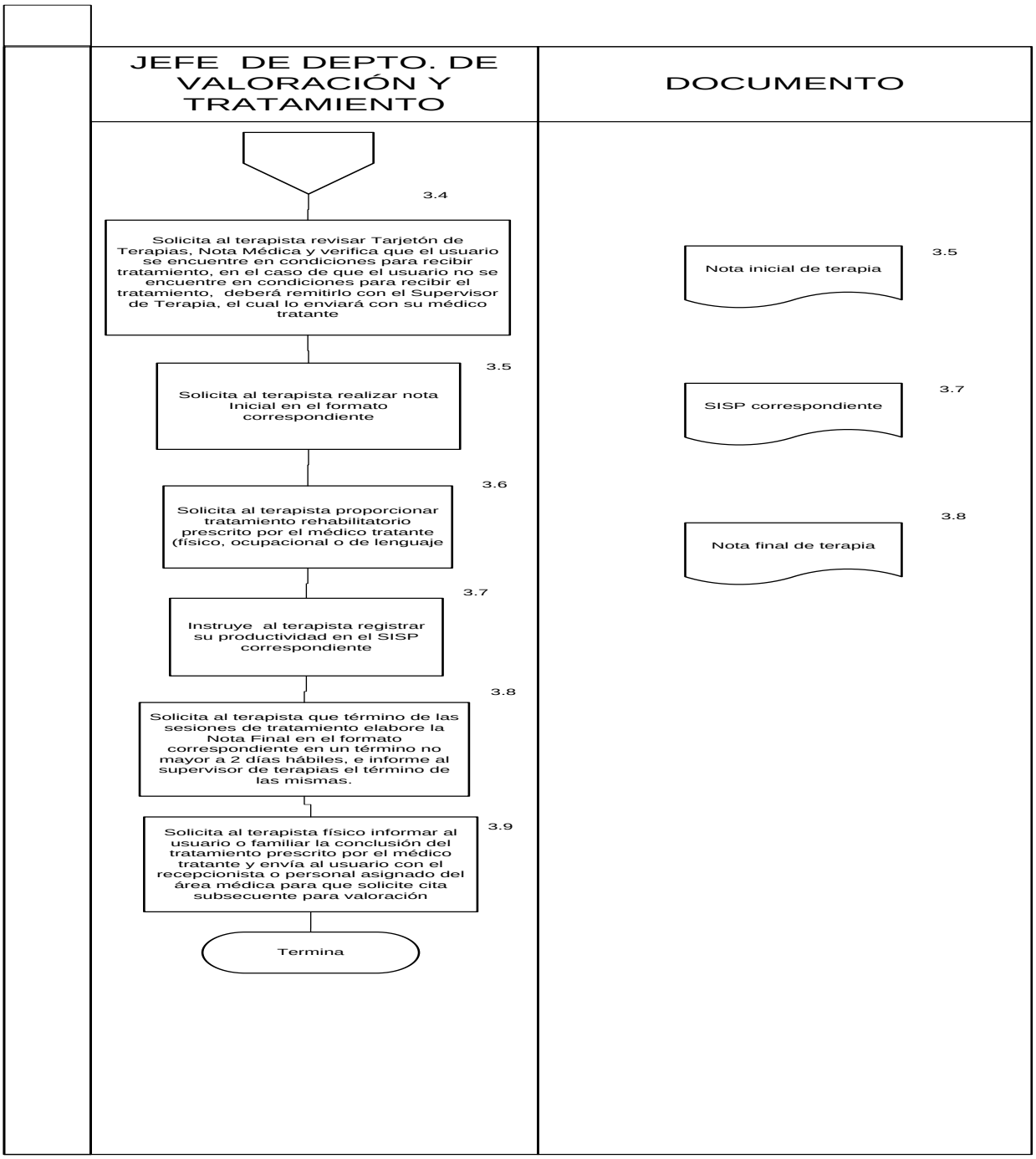
| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| | | **Se conecta con la actividad 14.1 del Procedimiento para Atender a usuarios en la Consulta Médica de Primera Vez y con la actividad Nº. 8.2 del Procedimiento para Atender a usuarios en la Consulta Subsecuente médica y paramédica.** |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACION Y TRATAMIENTO | 1.1 | Instruir a la recepcionista del área de terapias para recibir al usuario, recoger su carnet y otorgar fecha, hora y terapista para el inicio de su tratamiento, **registrar en la libreta de programación los datos del usuario** (mismo día hábil) |
| | 1.2 | Instruir a la recepcionista para entregar el Carnet de Citas al usuario e informar sobre las condiciones generales para ingresar al área de tratamiento. (mismo día hábil) |
| | 1.3 | Solicitar a la recepcionista del área de terapias, elaborar el tarjetón de terapias, con base a las indicaciones del médico tratante y entregar al terapista correspondiente. |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE APOYO ADMINISTRATIVO | 2.1 | Solicita al personal asignado al área de caja, recibir al usuario, realizar el cobro del servicio conforme al rango asignado por el área de trabajo social anotado en el Carnet de Citas y llenar el **Comprobante de pago de la Cuota de Recuperación.** (mismo día hábil) |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACION Y TRATAMIENTO | 3.1 | Solicita al supervisor del área de terapias recibir al usuario, recoger el Carnet de Citas y **Comprobante de Pago de Cuota de Recuperación**, turnar al terapista correspondiente para inicio de su tratamiento. (mismo día hábil) |
| | 3.2 | Solicita al terapista revisar el Tarjetón de Terapias, Nota Médica y verificar que el usuario se encuentre apto para recibir tratamiento de acuerdo a: condiciones de higiene, material solicitado, signos vitales del usuario ( temperatura, presión arterial).<br><br>**Nota:** En el caso de que el usuario no se encuentre en condiciones para recibir el tratamiento, deberá remitirlo con el Supervisor de Terapia, el cual lo enviará con su médico tratante. |

## 4.0 Descripción del procedimiento

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACION Y TRATAMIENTO | 3.3 | Solicita al terapista realizar nota Inicial en el formato correspondiente (**Notas de Terapia Física, Notas de Terapia Ocupacional o Notas de Terapia de Lenguaje).** |
| | 3.4 | Solicita al terapista proporcionar tratamiento rehabilitatorio prescrito por el médico tratante (físico, ocupacional o de lenguaje) mismo día hábil. |
| | 3.5 | Instruye al terapista registrar su productividad en el SISP correspondiente (**Registro Diario de Terapia Física SISP-15, Registro Diario de Terapia Ocupacional SISP-16 o Registro Diario de Terapia de Lenguaje SISP-17)** y entregar diariamente al Supervisor del área. |
| | 3.6 | Solicita al terapista que al término de las sesiones de tratamiento prescritas, elaborar la Nota Final de terapias en el formato correspondiente en un término no mayor a 2 días hábiles (**Notas de Terapia Física, Notas de Terapia Ocupacional o Notas de Terapia de Lenguaje) e integrar al expediente clínico así como** informar al Supervisor de Terapias la conclusión del tratamiento.. 1 día hábil |
| | 3.7 | Solicita al terapista físico informar al usuario o familiar la conclusión del tratamiento prescrito por el médico tratante y enviar al usuario con el recepcionista o personal asignado del área médica para solicitar la cita subsecuente para valoración médica. mismo día<br><br>**Conecta con Procedimiento para atender a usuarios en la Consulta Subsecuente Médica y Paramédica.**<br><br>**TERMINA** |

## 5.0 Diagrama de Flujo


JEFE DE DEPTO. DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO
JEFE DE DEPTO. DE APOYO ADMINISTRATIVO
DOCUMENTOS
SE CONECTA CON LA ACT. 14.2 DEL PROC. DE ATENDER A USUARIOS EN LA CONSULTA MÉDICA DE 1° VEZ Y ACT. Nº. 8.1 DEL PROC. DE ATENDER LA CONSULTA MÉDICA SUBSECUENTE
INICIO
Instruir a la recepcionista del área de terapias rebicir al usuario, enviarlo al área de tratamiento físico, ocupacional o de lenguaje.
1.1
Instruir a la recepcionista para anotar en el Carnet el horario correspondiente, y registrar en la libreta de programación y elaborar el tarjetón de terapia
1.2
Instruir a la recepcionista que reprograme la cita del usuario, 20 días después en caso de que este no asista o llegue 5 minutos después de su cita programada
1.3
Solicita al personal asignado al área de caja, recibir al usuario, realizar el cobro del servicio y llenar el Comprobante de pago de la Cuota de Recuperación.
2.1
Solicita al supervisor del área de terapias recibir al usuario y turnar al terapista correspondiente.
3.1
Instruye al supervisor del área de terapias entregar al terapista asignado el Tarjetón de Terapia del usuario
3.2
Solicita al terapista asigando recibir al usuario en fecha y hora programada.
3.3
Carnet de citas
1.2
Libreta de programación de citas
1.2
Tarjetón de terapias
3.2


JEFE DE DEPTO. DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO
DOCUMENTO
3.4
Solicita al terapista revisar Tarjetón de Terapias, Nota Médica y verifica que el usuario se encuentre en condiciones para recibir tratamiento, en el caso de que el usuario no se encuentre en condiciones para recibir el tratamiento, deberá remitirlo con el Supervisor de Terapia, el cual lo enviará con su médico tratante
3.5
Solicita al terapista realizar nota Inicial en el formato correspondiente
3.6
Solicita al terapista proporcionar tratamiento rehabilitatorio prescrito por el médico tratante (físico, ocupacional o de lenguaje
3.7
Instruye al terapista registrar su productividad en el SISP correspondiente
3.8
Solicita al terapista que término de las sesiones de tratamiento elabore la Nota Final en el formato correspondiente en un término no mayor a 2 días hábiles, e informe al supervisor de terapias el término de las mismas.
3.9
Solicita al terapista físico informar al usuario o familiar la conclusión del tratamiento prescrito por el médico tratante y envía al usuario con el recepcionista o personal asignado del área médica para que solicite cita subsecuente para valoración
Termina
Nota inicial de terapia
3.5
SISP correspondiente
3.7
Nota final de terapia
3.8

## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1. Ley General de Salud.** (D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.2. Ley de Asistencia Social.** (D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.3. Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.** (D.O.F. 29 de mayo de 2000. Última reforma 19 de agosto de 2010). |
| **6.4 Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.** (D.O.F. 11 de junio de 2003. Última reforma 27 de noviembre de 2007). |
| **6.5 Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.** (D.O.F. 25 de junio de 2002. Última reforma 24 de junio de 2009). |
| **6.6 Ley General de Población.** (D.O.F. 07 de Enero de 1974. Ultima reforma 25 de Mayo de 2011). |
| **6.7 Ley de Migración.** (D.O.F. 25 de mayo de 2011). |
| **6.8 Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.** (D.O.F. 01 de Febrero de 2007. Última reforma 28 de Enero de 2011) |
| **6.9 Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.** (D.O.F. 30 de mayo de 2011). |
| **6.10 Ley para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas.** (D.O.F. 27 de noviembre de 2007. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.11. Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.** (D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.12. Convención sobre los Derechos del Niño.** (D.O.F. 25 de enero de 1991). |
| **6.13 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**. (D.O.F. 2 de Mayo de 2008). |
| **6.14. Programa Sectorial de Salud 2007-2012** (D.O.F. 17 de enero de 2008). |
| **6.15 Reglamento del Consejo Ciudadano Consultivo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.** (D.O.F. 29 de Noviembre de 2006. Última reforma 16 Junio de 2010). |
| **6.16 Decreto por el que se crea el Sistema Nacional de Guarderías y Estancias Infantiles.** (D.O.F. 10 de Mayo de 2007). |
| **6.17 Norma Oficial Mexicana** 173-SSA1-1998 para la Atención a Personas con Discapacidad. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999.) |
| **6.18 Norma Oficial Mexicana** 167 SSA-1-1997 para la prestación de Servicios de Asistencia Social, para Menores y Adultos Mayores. (D.O.F. 17 de Noviembre de 1999). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico.<br>(D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo.<br>(D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.<br>(D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.**<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.**<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.**<br>(D.O.F. 31-12-2010). |

## 7.0 Glosario

**7.1 Carnet de Citas:** Documento donde se señala nombre, RFC, día, hora y lugar para todo tipo de atención que se proporcione en los Centros de Rehabilitación.

**7.2 Cuota de Recuperación:** Pago proporcionado por el usuario con base en la asignación de un rango socioeconómico por retribución al servicio otorgado en el Centro de Rehabilitación.

**7.3 Diagnóstico:** Determina la situación clínica de una persona a través del examen de los signos y síntomas que presenta.

**7.4 Expediente Clínico:** Documento oficial, de carácter legal, confidencial, propiedad de la Institución que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias que constituyen una herramienta de obligatoriedad para los sectores públicos, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

**7.5 Historia Clínica:** Documento médico legal que consta de interrogatorio, exploración física, diagnósticos y tratamientos, y que deberá ser elaborada por el médico tratante.

**7.6 Inclusión Social:** Es la posibilidad de participación igualitaria de un individuo o miembros de una comunidad en todas las dimensiones sociales en los ámbitos familiar, económica, legal, político, cultural, etc. // integrar a la vida comunitaria a todos los miembros de la sociedad, independientemente de su origen, de su actividad, de su condición socioeconómica o de su ideología, de su estado físico o mental. Normalmente la inclusión social se relaciona con los sectores más vulnerables para asegurar el trabajo, la salud, la vivienda digna y segura, la educación y la seguridad que contribuyen a que toda la sociedad se desarrolle de manera orgánica y ordenada.

**7.7 Pronóstico:** Juicio clínico medico que elabora el médico respecto a los cambios que pueden sobrevenir durante el curso de una enfermedad, y sobre su duración y terminación por los síntomas que la han precedido o la acompañan.

**7.8 Terapia física:** Modalidad de tratamiento rehabilitatorio que tiene el propósito de promover la salud y el funcionamiento óptimo del organismo humano a través de medios físicos y mecánicos para restaurar la función corporal después de enfermedad o lesión.

**7.9 Terapia ocupacional:** Modalidad de tratamiento rehabilitatorio que utiliza la actividad para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas de la vida diaria básicas e instrumentales requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración.

**7.10 Terapia de lenguaje:** Modalidad de tratamiento que tiene como fin intervenir en los trastornos del lenguaje oral y escrito y de la comunicación verbal y no verbal en niños, adolescentes y adultos.

**7.11** Tratamiento: Conjunto de alternativas terapéuticas que se prescriben y se emplean para atender enfermedades o padecimientos de medios terapéuticos o prescripciones que se emplean para curar enfermedades o padecimientos. Conjunto de medios de toda clase, higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades.

**7.12** Usuario: Toda persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica especializada del centro de rehabilitación

**7.13** Tarjetón único de terapias: hoja donde se describen las indicaciones sobre el tratamiento prescrito por el médico especialista, así como la asistencia del usuario a la terapia.

**7.14** Nota de terapia: hoja donde se describen el inicio y término de las sesiones de terapia (física, ocupacional y de lenguaje) el cual debe contener la información relevante del usuario que se dio durante el tratamiento.

## 8.0 Anexos

**8.1** Formato Libreta de Programación.

**8.2** Formato Tarjetón de Terapia.

**8.3** Formato Nota de Terapia Física. Nota de Terapia Ocupacional. y Nota de Terapia de Lenguaje.

**8.4** Formato Registro Diario de Terapia Física SISP-15.

**8.5** Formato Registro Diario de Terapia Ocupacional SISP-16.

**8.6** Formato Registro Diario de Terapia de Lenguaje SISP-17.

## 8.1 Libreta de Programación.

**PRA-DGR-02-F1**
**DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**
**DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN**
**LIBRETA DE PROGRAMACIÓN**

AREA: _____1_____ Fecha: _____2_____

| | Clave | Nombre del paciente | Fecha de solicitud de servicio | Fecha de inicio de Tx. | Días de diferimiento | Frecuencia de Tx. | Consultorio y médico tratante | 1a vez | Subsecuente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | | |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE LIBRETA DE PROGRAMACIÓN**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | El área correspondiente de tratamiento. |
| 2 | Fecha en la cual se llevará a cabo la programación para asignar terapista, día, hora de tratamiento así como material que se requiere para la terapia. |
| 3 | Clave del expediente clínico. |
| 4 | Nombre del usuario empezando por apellido paterno. |
| 5 | Fecha en la que se presenta a solicitar la programación. |
| 6 | Fecha de inicio de tratamiento programado. |
| 7 | Días que trascurren entre la fecha de solicitud y la fecha de inicio al tratamiento en días hábiles. |
| 8 | Días que asistirá a tratamiento por semana:<br>-“AA” o “D” diario.<br>-“A” para 3 veces por semana.<br>-“B” para 2 veces por semana.<br>-“H” para 1 vez por semana.<br>-“D” para 1 vez cada 15 días.<br>-“I” para 1 vez al mes.<br>-“F” para 1 vez cada 2 meses.<br>-“G” para 1 vez cada 6 meses. |
| 9 | Escribir el número del consultorio del cual proviene y nombre del médico tratante. |
| 10 | Señalar si el usuario asiste por primera vez a la programación. |
| 11 | Señalar si el usuario es subsecuente. |
| 13 | Anotará las observaciones que crea pertinentes con relación al usuario |

## 8.2 Tarjetón de Terapia.

**PRA-DGR-02-F2**

**SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**
**DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**
**DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN**
**CENTRO DE REHABILITACION**

Tarjetón de Terapia
_____(9)_____

| | | |
|---|---|---|
| **NOMBRE (1)** | | |
| **EDAD: (2)** | **FECHA DE NACIMIENTO: (3)** | **CLAVE: (4)** |
| **NO. REG.: (5)** | **DIAGNÓSTICO: (6)** | |
| **MÉDICO: (7)** | **FECHA DE INGRESO: (8)** | |

| DÍA / MES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FEBRERO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MARZO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MAYO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AGOSTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JUNIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JULIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AGOSTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SEPTIEMBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OCTUBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOVIEMBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DICIEMBRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**INDICACIONES: (10)**

**FECHA**

OBSERVACIONES (11)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE TARJETÓN DE TERAPIAS**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Nombre del Usuario iniciando por apellidos. |
| 2 | Edad en meses en Usuarios menores de un año y en años cumplidos en aquellos que sobrepasan esta edad. |
| 3 | Fecha de nacimiento. |
| 4 | Con letras mayúsculas la clave del tratamiento y número de sesiones. |
| 5 | El No de registro. |
| 6 | El Diagnostico inicial para Usuarios de primera vez y el último diagnostico emitido por el médico tratante en su última nota para aquellos Usuarios de reingreso o subsecuentes. |
| 7 | El nombre del médico tratante. |
| 8 | La Fecha de reingreso al servicio en las terapias subsecuentes e indicar fecha de las últimas indicaciones del médico. |
| 9 | Marcar con un paloma las asistencias del Usuario a su terapia señalando con una letra I el día que inicia y con una T el día que termina. |
| 10 | Transcribir las indicaciones para tratamiento del expediente clínico considerando la última nota. |
| 11 | Las observaciones realizadas por el médico en casos especiales. |

## 8.3 Nota de Terapia Física. Nota de Terapia Ocupacional. y Nota de Terapia de Lenguaje.

| NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE (1) | |
|---|---|
| EDAD (2) | GÉNERO (3) |

**NOTAS** DE TERAPIA FÍSICA **PRA-DGR-02 F4**
**NOTAS** DE TERAPIA OCUPACIONAL **PRA-DGR-02 F5**
**NOTAS** DE TERAPIA DE LENGUAJE **PRA-DGR-02 F6**

| FECHA Y HORA (4) | NOTAS (5) |
|---|---|
| | |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE NOTAS DE TERAPIA FÍSICA, OCUPACIONAL O LENGUAJE**
**(REQUISITAR EN EL EXPEDIENTE CLINICO SEGÚN CORRESPONDA AL SERVICIO PROPORCIONADO)**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | El nombre del usuario y el número de su expediente. |
| 2 | La edad del usuario. |
| 3 | “H” para hombre o “M” para mujer. |
| 4 | Fecha y hora cuando se realiza la nota de terapia. |
| 5 | La nota de terapia |
| 6 | El número de credencial, nombre y firma del terapista que elaboró la nota. |

## 8.4 Registro Diario de Terapia Física SISP-15.

**PRA-DGR-02-F7**

SALUD DIF Nacional

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

| SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS | | | | | | | | | | | SISP-15 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| REGISTRO DIARIO DE TERAPIA FÍSICA | | | | | | | | | | | |
| Clave del Centro | | Nombre del Centro de Rehabilitación | | | | Fecha: ( dia/mes/año) | | | | | |
| No. De Credencial | | Nombre (Apellido paterno, materno y nombre -s-) | | | | | | | | | |
| No de Expediente | Edad | Sexo | | Tipo de Consulta | | Tipo de Atención (Sesiones) | | | | | |
| | | M | F | 1a Vez | Subsecuente | Hidroterapia | Electroterapia | Mecanoterapia | Programa de casa | Orientación y Movilidad | Total |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | |

Nombre y Firma del Responsable _____

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE REGISTRO DIARIO DE TERAPIA FÍSICA**

| 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 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 terapista físico que otorga la atención. |
| Nombre | Escribir el nombre del terapista físico que otorga la atención en el orden indicado (Apellido paterno, materno y nombre -s-). |
| No. de Expediente | Anotar el número de expediente clínico asignado a los pacientes que reciben terapia física. |
| Edad | Anotar los años cumplidos a la fecha de atención. En caso de ser menor a 1 año señalar y especificar los meses cumplidos. |
| Sexo | Indicar con la letra "M" en la columna correspondiente si la persona que recibe la atención médica es masculino y "F" si es femenina. |
| 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 terapia física y subsecuente a todas las demás posteriores a la de primera vez en un mismo paciente. |
| Tipo de atención (sesiones) | Anotar con una "X" la atención en sesiones de terapia física que recibe el paciente según sus necesidades: Hidroterapia/ electroterapia/ mecanoterapia/programa de casa/ orientación y movilidad. |
| Total | Anotar la suma total de los siguientes indicadores: Sexo: masculino/femenino, Tipo de atención (sesiones): Hidroterapia/ electroterapia/ mecanoterapia/programa de casa/ orientación y movilidad. . |
| Nombre y Firma del Responsable | Anotar nombre y firma del responsable del llenado. |

## 8.5 Registro Diario de Terapia Ocupacional SISP-16.

**PRA-DGR-02-F8**

SALUD DIF Nacional

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

| SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS | | | | | | | | | | | SISP-16 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| REGISTRO DIARIO DE TERAPIA OCUPACIONAL | | | | | | | | | | | |
| Clave del Centro | | Nombre del Centro de Rehabilitación | | | | Fecha: ( dia/mes/año) | | | | | |
| No. De Credencial | | Nombre (Apellido paterno, materno y nombre -s-) | | | | | | | | | |
| No de Expediente | Edad | Sexo | | Tipo de Consulta | | Atención | | | | | |
| | | M | F | 1a Vez | Subsecuente | Valoración | Actividades de la vida diaria | Elaboración de aditamentos | Programa de casa | Camara de estimulación multisensorial | Total |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | |

Nombre y Firma del Responsable _____

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE REGISTRO DIARIO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

| 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 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 terapista ocupacional que otorga la atención. |
| Nombre | Escribir el nombre del médico que otorga la atención en el orden indicado (Apellido paterno, materno y nombre -s-). |
| No. de Expediente | Anotar el número de expediente clínico asignado a los pacientes que reciben terapia ocupacional. |
| Edad | Anotar los años cumplidos a la fecha de atención. En caso de ser menor a 1 año señalar y especificar los meses cumplidos. |
| Sexo | Indicar con la letra "M" en la columna correspondiente si la persona que recibe la atención médica es masculino y "F" si es femenina. |
| 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 terapia ocupacional y subsecuente a todas las demás posteriores a la de primera vez en un mismo paciente. |
| Atención | Anotar con una "X" la atención en sesiones de terapia ocupacional que recibe el paciente según sus necesidades: valoración/ actividades de la vida diaria/ elaboración de aditamentos/ programa para casa/ cámara de estimulación. |
| Total | Anotar la suma total de los siguientes indicadores: Sexo: masculino/femenino, Tipo de consulta: 1a vez/subsecuente Atención: valoración/ actividades de la vida diaria/ elaboración de aditamentos/ programa para casa/ cámara de estimulación. |
| Nombre y Firma del Responsable | Anotar nombre y firma del responsable del llenado. |

## 8.6 Registro Diario de Terapia de Lenguaje SISP-17.

**PRA-DGR-02-F9**

SALUD DIF Nacional

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

| SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS | | | | | | | | | | | | | SISP-17 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| REGISTRO DIARIO DE TERAPIA DE LENGUAJE | | | | | | | | | | | | | |
| Clave del Centro | | Nombre del Centro de Rehabilitación | | | | Fecha: ( dia/mes/año) | | | | | | | |
| No. De Credencial | | Nombre (Apellido paterno, materno y nombre -s-) | | | | | | | | | | | |
| No de Expediente | Edad | Sexo | | Tipo de Consulta | | Atención | | | | | | | Total (Sesiones) |
| | | M | F | 1a Vez | Subsecuente | Examen de Lenguaje | Problemas del habla | Problemas de lenguaje | Problemas de audición | Programa de casa | Manejo de Cavidad Oral | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | | | |

Nombre y Firma del Responsable _____

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE REGISTRO DIARIO DE TERAPIA DE LENGUAJE**

| 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 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 terapista de lenguaje que otorga la atención. |
| Nombre | Escribir el nombre del terapista de lenguaje que otorga la atención en el orden indicado (Apellido paterno, materno y nombre -s-). |
| No. de Expediente | Anotar el número de expediente clínico asignado a los pacientes que reciben la atención en terapia de lenguaje. |
| Edad | Anotar los años cumplidos a la fecha de atención. En caso de ser menor a 1 año señalar y especificar los meses cumplidos. |
| Sexo | Indicar con la letra "M" en la columna correspondiente si la persona que recibe la atención médica es masculino y "F" si es femenina. |
| 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 | Anotar con una "X" la atención en terapia de lenguaje que recibe el paciente según sus necesidades: examen de lenguaje/problemas del habla/problemas de lenguaje/ problemas de audición/ programa de casa/manejo de cavidad oral. Los problemas del habla restan inteligibilidad a la expresión oral como: dislalia, trastorno fonológico, disglosia, disartria, disfemia, taquilalia, farfulleo, bradilalia, disfonía rinofonía. 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. Los problemas de audición comprenden la hipoacusia, anacusia. |
| Total | Anotar la suma total de los siguientes indicadores: Sexo: masculino/femenino; Tipo de consulta: 1a vez/subsecuente; Atención: examen de lenguaje/problemas del habla/problemas de lenguaje/ problemas de audición/ programa de casa/manejo de cavidad oral. |
| Nombre y Firma del Responsable | Anotar nombre y firma del responsable del llenado. |

# 3- PROCEDIMIENTO PARA ATENDER A USUARIOS EN LA CONSULTA SUBSECUENTE MÉDICA Y PARAMÉDICA

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACÍON | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN, JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Proporcionar a los usuarios que acuden a los centros de rehabilitación el servicio de Atención Médica y Paramédica en Consulta Subsecuente con estricto apego a la normatividad vigente y con calidad, que cumpla con las necesidades de atención médica especializada con base en el respeto a sus derechos humanos.

## 2.0 Alcance

Aplica a todo el personal de los siguientes Centros:

- Centros Nacionales Modelos de Atención, Investigación y Capacitación Iztapalapa, Gaby Brimmer, Ciegos y Débiles Visuales.
- Centros de Rehabilitación y Educación Especial
- Centros de Rehabilitación Integral
- Centro de Rehabilitación e Integración Social

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

**3.1 Subdirección del Centro de Rehabilitación:**
Garantizar que la consulta subsecuente médica y paramédica se brinde a los usuarios en forma oportuna, suficiente y con calidad desde su ingreso hasta el término de su atención, respetando los derechos humanos de los usuarios y sus familias.

**3.2 Departamento de Valoración y Tratamiento:**
Procurar que la consulta subsecuente médica y paramédica se brinde a los usuarios en forma oportuna, suficiente y con calidad desde su ingreso hasta el término de su atención, respetando los derechos humanos de los usuarios y sus familias.
Dar a conocer el procedimiento de consulta subsecuente médica y paramédica al personal del Centro involucrado en el mismo.
Coordinar, supervisar y evaluar al personal que interviene, en la prestación del servicio con la finalidad de satisfacer las necesidades del usuario e implementar acciones de mejora.
Promover la participación del personal médico y paramédico para la investigación en materia de discapacidad.
Programar, coordinar y supervisar las Juntas de Valoración (equipo multidisciplinario) de los casos que ameriten revisión, análisis y determinación con respecto a la atención y tratamiento de los usuarios.

**Instruye al Área Médica:**
Conocer el procedimiento de consulta subsecuente médica y paramédica
Otorgar la consulta médica subsecuente con base al procedimiento establecido, respetando los derechos humanos de los usuarios y sus familias.
Referir al usuario a otra institución de salud cuando así lo amerite.
Elaborar la nota médica correspondiente de acuerdo a la NOM- 168 del expediente clínico.

Dar seguimiento al diagnóstico, pronóstico y tratamiento del usuario e informarle a él y a sus familiares, en su caso, de su estado de salud.
Participar en las Juntas de Valoración de los casos que ameriten revisión, análisis y determinación con respecto a la atención y tratamiento de los usuarios.

**Instruye al Área Paramédica de Trabajo Social para:**
Atender a los usuarios y a sus familias en la Consulta Subsecuente paramédica, respetando sus derechos humanos.
Proporcionar la información necesaria sobre otros centros o instituciones donde pueda ser atendido el usuario en caso de ser referido por el médico tratante.
Realizar visitas domiciliarias a los usuarios cuando el caso lo amerite
Elaborar notas de seguimiento en el expediente clínico en apego a la NOM 168
Dar seguimiento a los usuarios con base en el diagnóstico y plan social establecido, así como en caso de baja o deserción del servicio. el caso de los pacientes que ingresen a algún protocolo de investigación se les asignara el rango exento durante el tiempo que dure la investigación.
Favorecer la integración familiar y social del usuario.
Participar en las Juntas de Valoración de los casos que ameriten revisión, análisis y determinación con respecto a la atención y tratamiento de los usuarios.

**Instruye al Área Paramédica de Psicología para:**
Atender a los usuarios y a sus familias en la Consulta Subsecuente paramédica, respetando sus derechos humanos
Otorgar la consulta psicológica de primera vez y subsecuente con calidad y calidez.
Realizar el diagnostico y tratamiento psicológico del usuario y su familia
Favorecer la integración familiar y social del usuario
Elaborar el estudio y reporte psicológico del usuario
Realizar notas de seguimiento en el expediente clínico con apego a la NOM 168
Dar seguimiento psicológico a la evaluación del usuario
Elaborar la nota de alta del servicio de psicología
Participar en las Juntas de Valoración de los casos que ameriten revisión, análisis y determinación con respecto a la atención y tratamiento de los usuarios.

**Instruye al Área de archivo para:**
Aplicar los lineamientos de uso, control y archivo del expediente clínico
Dar atención con calidad y calidez a los usuarios y personal del Centro de Rehabilitación.
Entregar al médico especialista el expediente clínico.

**3.3 Departamento Administrativo**
**Da instrucciones al personal responsable de la caja para:**
Proporcionar atención con calidad y calidez a los usuarios.
Cobrar las cuotas de recuperación de acuerdo al rango social determinado por trabajo social.
Requisitar, cobrar y entregar comprobante de Cuota de Recuperación al usuario del servicio solicitado.
Registrar al final del día en el reporte diario del cobro de Cuotas de Recuperación los comprobantes expedidos en el día

## 4.0 Descripción del procedimiento

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No | DESARROLLO |
|---|---|---|
| | | Se conecta con **Procedimiento para Atender Usuarios en la Consulta Médica de Primera Vez.** |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE APOYO ADMINISTRATIVO | 1.1 | Instruye al personal de la caja para recibir el pago de cuota de recuperación del usuario y entregar original y copia del Comprobante(s) de Pago así como canalizarlo al área de recepción del servicio programado Mismo día hábil<br><br>**Conecta con Procedimiento de Asignación y Control de Cuotas de Recuperación de los Centros de Rehabilitación dependientes de la Dirección General de Rehabilitación.** |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 2.1 | Instruye a la recepcionista o personal habilitado del área de valoración y tratamiento, recibir al usuario 15 minutos antes de su cita programada e indicar el servicio correspondiente, verificar en el carnet fecha y hora de su cita programada, solicitar el **Comprobante de Pago de Cuota de Recuperación.** Canalizar al usuario a la sala de espera del servicio solicitado. Mismo día hábil<br><br>**¿Valoración médica?**<br>**SI** |
| | 2.2 | Instruye al médico especialista para revisar notas de diferentes servicios de apoyo a las que solicitó valoración el usuario. Revisar resultados de estudios de laboratorio o gabinete (si el caso lo amerita). Revisar notas de terapias y preguntar al usuario o a un familiar sobre su evolución. Mismo día hábil. |
| | 2.3 | Instruye al médico especialista para realizar exploración física y, elaborar nota médica e integrarla al expediente clínico. Mismo día hábil. |

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 2.4 | Instruye al médico especialista para evaluar de acuerdo al diagnóstico si el usuario requiere de algún tipo de interconsulta, registrar próxima consulta en el Carnet de Citas o referencia y requisitar el Formato correspondiente. Entregue al usuario la **Hoja de Referencia** y el Carnet de citas. Canalice al área de Trabajo Social para el trámite correspondiente. Mismo día hábil.<br><br>**Se conecta con Procedimiento para Atender a Usuarios en la Consulta Médica de Primera Vez.** |
| | 2.5 | Instruye al médico especialista para que al finalizar la jornada laboral entregue el **Registro Diario de Consulta Médica SISP-02** y los expedientes clínicos. Mismo día hábil<br><br>**NO**<br><br>Se conecta con actividades de psicología y trabajo social N°2.9 y 2.20 del Procedimiento para Atender a Usuarios en la Consulta Subsecuente Médica y Paramédica.<br><br>**¿La evolución del tratamiento del usuario es favorable?**<br><br>**NO** |
| | 2.6 | Instruye a los integrantes del equipo multidisciplinario para que **a través de la Junta de Valoración** lleven a cabo la sesión para revisar, valorar y analizar el caso, de ser necesario citar al usuario, para elaborar al término de la misma la nota informativa en el expediente clínico. Mismo día hábil |

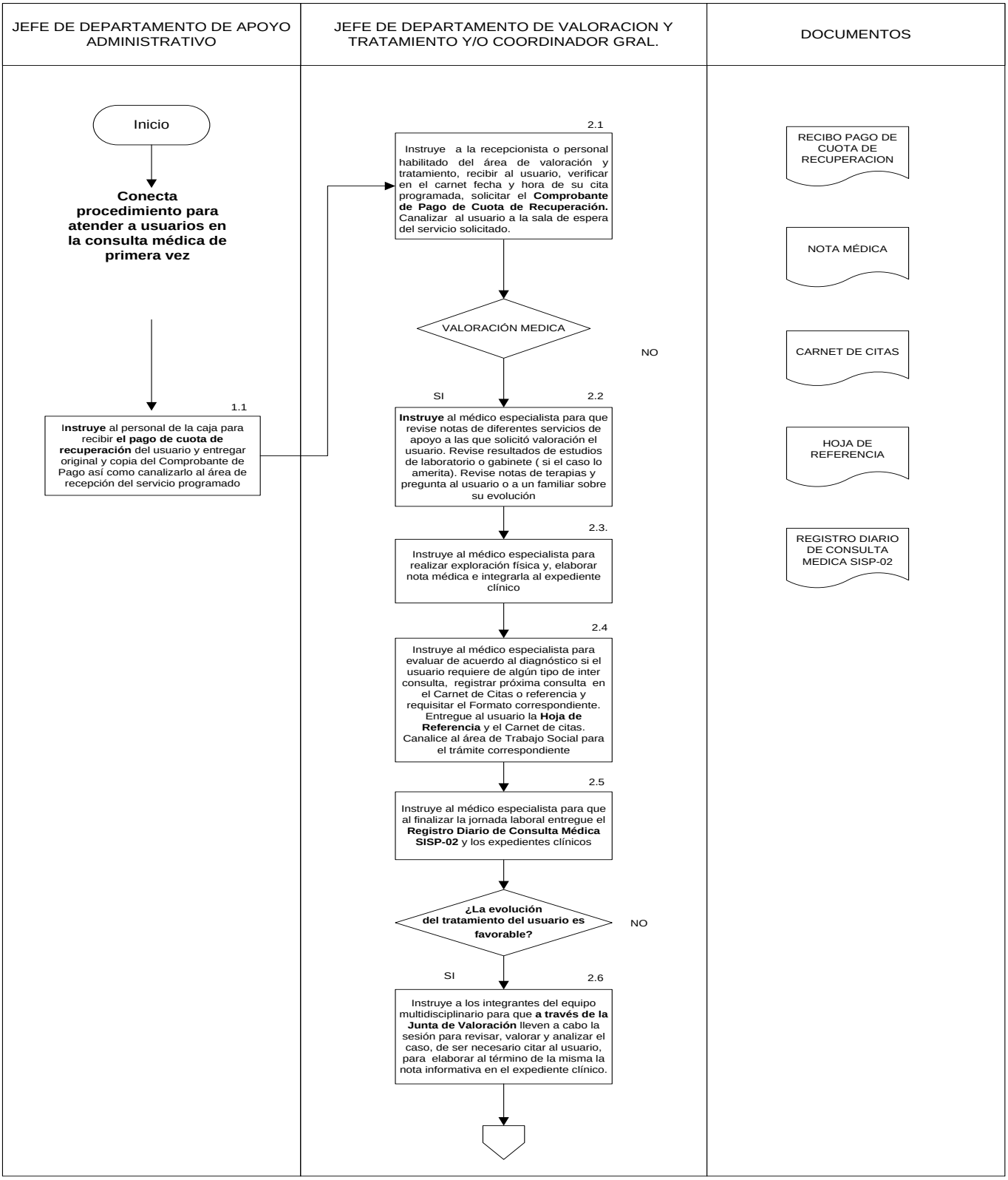
| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No | DESARROLLO |
|---|---|---|
| | | **SI** |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 2.7 | Instruye al médico especialista para informar al usuario o al familiar su estado general, aclare dudas y elaborar el alta del usuario en **Hoja de Alta.** Mismo día hábil<br><br>**Conecta con Procedimiento para otorgar el Alta a los Usuarios de los Servicios del Centro de Rehabilitación.** |
| | 2.8 | Instruye al médico especialista para que de acuerdo con la evolución del usuario, determinar la continuidad con el mismo tratamiento o en su caso modificarlo. Mismo día hábil<br><br>**Conecta con Procedimiento para Proporcionar Tratamiento a Usuarios en el Área de Terapia**<br><br>**¿Requiere valoración paramédica psicológica?**<br><br>**SI** |
| | 2.9 | Instruye al médico especialista para anotar en el expediente clínico y en el carnet la interconsulta a psicología y canalizar al usuario a la recepción para programar las citas respectivas.1 día hábil |
| | 2.10 | Instruye a la recepcionista o personal asignado para recibir al usuario, y realizar la programación de citas en carnet para el área de psicología. Mismo día hábil |
| | 2.11 | Instruye al psicólogo responsable para atender al usuario, de acuerdo con la cita previamente programada. |

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 2.12 | Instruye al responsable del archivo clínico para enviar el expediente al psicólogo correspondiente |
| | 2.13 | Instruye al psicólogo para revisar y analizar el expediente clínico del usuario, abrir expediente interno de psicología, realizar entrevista y valoración psicológica. Mismo día hábil. |
| | 2.14 | Instruye al psicólogo para realizar estudio o valoración psicológica, elaborar nota de psicología y establecer el tratamiento a seguir; e integrar nota en expediente clínico, así como las pruebas psicológicas aplicadas. Mismo día hábil |
| | 2.15 | Instruye al psicólogo para informar al usuario o a un familiar sobre la necesidad de atención en el área, y programar las citas subsecuentes. Enviar al área de recepción para la solicitud de la misma. Mismo día hábil. |
| | 2.16 | Instruye al psicólogo para anexar al expediente clínico informe , resultados de las pruebas aplicadas, y notas de seguimiento, |
| | 2.17 | Instruye al psicólogo para llenar el formato de **Registro Diario de Psicología SISP-09**, el cual debe entregar junto con expediente clínico al archivo. Mismo día hábil.<br><br>**NO**<br>**Conecta con actividad No.2.7**<br><br>**¿La evolución del tratamiento psicológico del usuario es favorable?** |

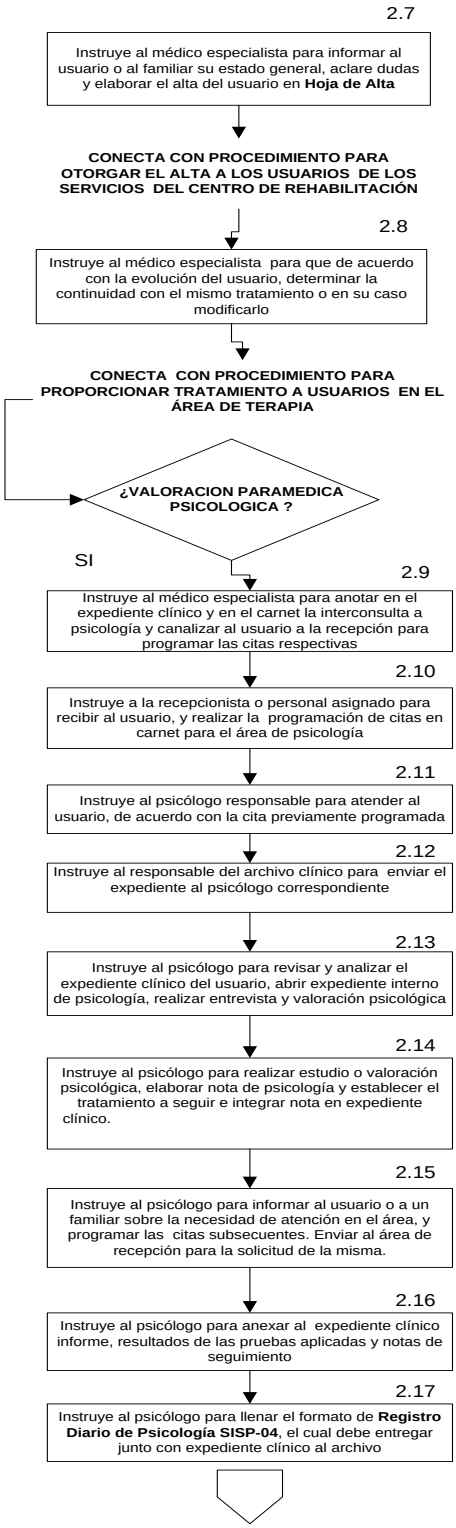
| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 2.18 | **SI**<br>Instruye al psicólogo para informar al usuario o al familiar su estado psicológico general, aclarar dudas, elaborar la nota e integrar en el expediente clínico la **Nota de alta** del usuario del servicio. Mismo día hábil. |
| | 2.19 | **No**<br>Instruye al psicólogo para canalizar al usuario a otras instancias correspondientes con la **Hoja de referencia** de acuerdo con la problemática psicológica. Mismo día hábil<br><br>**¿Requiere valoración paramédica por Trabajo social?** |
| | 2.20 | **SI**<br>Instruye al médico especialista para anotar en el expediente clínico y en el carnet la interconsulta a Trabajo Social .Canalizar al usuario a la recepción para programar de citas. Mismo día hábil |
| | 2.21 | Instruye al recepcionista o personal asignado para recibir al usuario y programar la fecha de su cita en carnet para el área de trabajo social. Mismo día hábil |
| | 2..22 | Instruye a Trabajo Social para que reciba al usuario, de acuerdo a la cita programada en su carnet ,revisar la nota establecida por el médico especialista en el expediente clínico y establecer objetivos específicos de la entrevista a seguir. Mismo día hábil. |
| | 2.23 | Instruye a Trabajo Social realizar entrevista con el usuario, verificar y complementar los datos del **Estudio Social** aplicado, programar la visita domiciliaria (si el caso lo amerita). Mismo día hábil |

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 2.24 | Instruye a Trabajo Social para realizar la visita domiciliaria y el informe de la misma, elaborar e integrar en el expediente clínico la nota del resultado de la visita domiciliaria. Mismo día hábil |
| | 2.25 | Instruye a Trabajo Social para establecer el diagnóstico social, tratamiento social, realizar seguimiento del mismo, elaborar nota. correspondiente e integrar en el expediente clínico. Mismo día hábil. |
| | 2.26 | Instruye a Trabajo Social para informar al usuario o familiar sobre el tratamiento social a seguir o canalizar en caso necesario al usuario a otra institución pública para su atención, con la respectiva **Hoja de referencia**. Mismo día hábil. |
| | 2.27 | Instruye al recepcionista o personal asignado para que reciba al usuario y programe la fecha de sus citas subsecuentes en el carnet para el área de trabajo social. Mismo día hábil |
| | 2.28 | Instruye a Trabajo Social para llenar al final de la jornada laboral el **Registro Diario de Trabajo social SISP-10** y entregarlo junto con expediente clínico al archivo. Mismo día hábil<br><br>**NO**<br><br>**Conecta con actividad No. 2.7**<br><br>**TERMINA** |

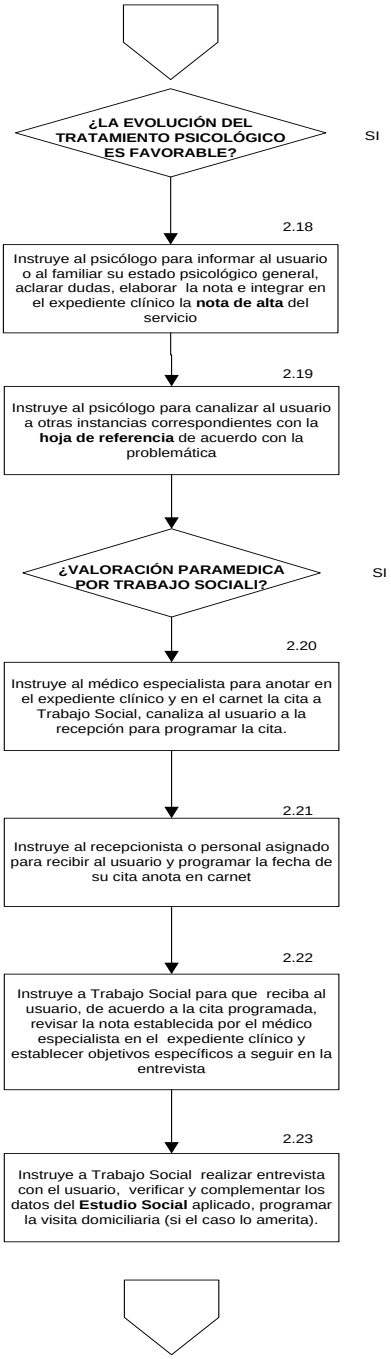
## 5.0 Diagrama de Flujo



| JEFE DE DEPARTAMENTO DE APOYO ADMINISTRATIVO | JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACION Y TRATAMIENTO Y/ O COORDINADOR GRAL. | DOCUMENTOS |
|---|---|---|



| JEFE DE DEPARTAMENTO DE APOYO ADMINISTRATIVO | JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACION Y TRATAMIENTO Y/O COORDINADOR GRAL. | DOCUMENTOS |
|---|---|---|




**NOTA DE ALTA**

**HOJA DE REFERENCIA**

**ESTUDIO SOCIAL**

**NOTA DE VISITA DOMICILIARIA**

| JEFE DE DEPARTAMENTO DE APOYO ADMINISTRATIVO | JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACION Y TRATAMIENTO Y/O COORDINADOR GRAL. | DOCUMENTOS |
|---|---|---|
| | 2.24 Instruye a Trabajo Social para realizar la visita domiciliaria y el informe de la misma, elaborar e integrar en el expediente clínico la nota del resultado de la visita domiciliaria<br>2.25 Instruye a Trabajo Social para establecer el diagnóstico y tratamiento social, realizar seguimiento del mismo, elaborar nota. correspondiente e integrar en el expediente clínico.<br>2.26 Instruye a Trabajo Social para informar al usuario o familiar sobre el tratamiento social a seguir o canalizar en caso necesario al usuario a otra institución pública para su atención, con la respectiva **hoja de referencia.**<br>2.27 Instruye al recepcionista o personal asignado para que reciba al usuario y programe la fecha de sus citas subsecuentes en el carnet para el área de trabajo social<br>2.28 Instruye a Trabajo Social para llenar al final de la jornada laboral el Formato **diario de trabajo social SISP-06** y entregarlo junto con expediente clínico al archivo.<br>**CONECTA CON ACTIVIDAD N°. 2.7**<br>TERMINA | **INFORME DIARIO DE TRABAJO SOCIAL SISP-06** |

## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1** Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.<br>(D.O.F. 29 de diciembre de 1976. Última reforma 17 de junio de 2009). |
| **6.2** Ley General de Salud.<br>(D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.3** Ley de Asistencia Social.<br>(D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.4** Ley de Coordinación Fiscal.<br>(D.O.F. 27 de Diciembre de 1978. Última reforma 24 de Junio de 2009). |
| **6.5** Ley de Planeación.<br>(D.O.F. 5 de enero de 1983. Última reforma 20 de junio de 2011). |
| **6.6** Ley Federal de las Entidades Paraestatales.<br>(D.O.F. 14 de mayo de1986. Última reforma 28 de noviembre de 2008). |
| **6.7** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de Sector Público.<br>(D.O.F. 4 de enero de 2000. Última reforma 15 de junio de 2011). |
| **6.8** Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.<br>(D.O.F. 13 Marzo del 2002. Última reforma 28 de Mayo de 2009). |
| **6.9** Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.<br>(D.O.F. 11 de junio de 2002. Última reforma 5 de julio de 2010). |
| **6.10** Ley General de Bienes Nacionales.<br>(D.O.F. 20 de mayo de 2004. Última reforma 31 de agosto de 2007). |
| **6.11** Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.<br>(D.O.F. 30 de Marzo de 2006. Última reforma 31 de Diciembre de 2008). |
| **6.12** Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011.<br>(D.O.F. 15 de Octubre de 2010). |
| **6.13** PRESUPUESTO de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011.<br>(D.O.F. 7-12-2010). |
| **6.14** Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.<br>(D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.15** Condiciones Generales de Trabajo (2008-2010). |
| **6.16** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.17** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.18** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## 7.0 Glosario

**7.1 Atención Médica Subsecuente:** Conjunto de servicios que se proporcionan al usuario de manera subsecuente, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

**7.2 Carnet de Citas:** Documento donde se señala nombre, registro federal de contribuyentes, día, hora y lugar para todo tipo de atención que se proporcione en los Centros de Rehabilitación.

**7.3 Cuota de Recuperación:** Pago proporcionado por el usuario con base a la asignación de un rango socioeconómico por retribución al servicio otorgado en el Centro de Rehabilitación.

**7.4 Diagnóstico:** Determina la situación clínica de una persona a través de la elaboración de una historia clínica y exploración física.

**7.5 Expediente Clínico:** Documento oficial, de carácter legal, confidencial, propiedad de la Institución que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias y que constituye una herramienta de obligatoriedad para los sectores públicos, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

**7.6 Historia Clínica:** Documento médico legal que consta de interrogatorio, exploración física, diagnósticos y tratamientos, y que deberá ser elaborada por el médico tratante.

**7.7 Pronóstico:** Juicio que forma el profesional en relación a la evolución psicológica de la patología y plan de tratamiento.

**7.8 Tratamiento:** Conjunto de alternativas terapéuticas que se prescriben y se emplean para atender enfermedades o padecimientos de medios terapéuticos o prescripciones que se emplean para curar enfermedades o padecimientos. Conjunto de medios de toda clase, higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades.

**7.9 Usuario:** Toda persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica especializada del Centro de Rehabilitación.

## 8.0 Anexos

**8.1** Formato Nota Médica.

**8.2** Formato Hoja de Alta.

**8.3** Formato Registro Diario de Psicología SISP-09.

**8.4** Formato de Notas de Trabajo Social.

**8.5** Formato de Notas de Psicología.

**8.6** Formato de informe Psicológico.

**8.7** Formato Informe mensual de Altas

## 8.1.-Nota Médica.

PRA-DGR-03-F1

DIF

**SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**
**DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**
**DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN**

**CENTRO DE REHABILITACIÓN**

# NOTA MÉDICA

| NOMBRE (1) |
|---|
| |

| FECHA Y HORA (4) | NOTAS (5) |
|---|---|
| | |

| FECHA Y HORA (4) | NOTAS (5) |
|---|---|
| | |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE NOTA MÉDICA**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Nombre del usuario y número de expediente asignado. |
| 2 | Edad en años. |
| 3 | “H” para Hombre o “M” para Mujer. |
| 4 | Fecha y hora de la nota. |
| 5 | Nota médica y al finalizar nombre completo, número de credencial y firma del Médico responsable. |

**8.2 Hoja de Alta.**

PRA-DGR-03-F2

DIF

**SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**
**DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**
**DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN**
**CENTRO DE REHABILITACIÓN**

# HOJA DE ALTA

| | |
|---|---|
| **NOMBRE Y NÚMERO DE EXPEDIENTE (1)** | |
| **EDAD (2)** | **GENERO (3)** |
| **CENTRO DE REHABILITACIÓN (4)** | |
| **FECHA DE INGRESO (5)** | |

| | | |
|---|---|---|
| **DIAGNOSTICO FINALES (6)** | | |
| **SECUELAS (7)** | | |
| **EXAMENES DE LABORATORIO (8)** | | |
| **ESTUDIOS DE GABINETE (9)** | | |
| **MOTIVO DE ALTA (10)** | | |
| **SERVICIOS OTORGADOS (11)** | | |
| **ALTA PARA: (12)** | **FECHA DE ALTA (13)**<br>**DIA MES AÑO** | **NOMBRE, FIRMA, No. CREDENCIAL (14)** |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE HOJA DE ALTA**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Nombre completo y número de expediente del usuario. |
| 2 | Años, meses, o días cumplidos. |
| 3 | “M” para mujer y “H” para hombre. |
| 4 | Nombre completo del Centro de Rehabilitación, por ejemplo: CREE Tepic. |
| 5 | Día, mes y año de ingreso del usuario. |
| 6 | Los diagnósticos finales del usuario. |
| 7 | Anotar si existe alguna secuela relacionada con el padecimiento atendido. |
| 8 | Resultados de exámenes de laboratorio importantes para el caso. |
| 9 | Resultados de los estudios de gabinete importantes para el caso, en caso de no contar con ellos, anotar No Aplica. |
| 10 | Describir el Motivo de alta del usuario: Por Rehabilitación, por deserción, por referencia, por fallecimiento, etc. |
| 11 | Anotar los servicios prestados al usuario. |
| 12 | Especificar el alta para: domicilio, referencia a hospital, etc. |
| 13 | Día, mes y año en que se otroga el alta del usuario. |
| 14 | Nombre completo, número de credencial y firma del médico que otorga el alta al usuario. |

## 8.3 Registro Diario de Psicología SISP-09.

PRA-DGR-03-F3

SALUD DIF Nacional

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

| SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS | | | | | | | | | | | | SISP-09 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| REGISTRO DIARIO DE CONSULTA PSICOLÓGICA | | | | | | | | | | | | |
| Clave del Centro | | Nombre del Centro de Rehabilitación | | | | Fecha: ( día/mes/año) | | | | | | |
| No. De Credencial | | Nombre (Apellido paterno, materno y nombre -s-) | | | | | | | | | | |
| No de Expediente | Edad | Sexo | | Tipo de Consulta | | Atención | | | Orientación | | | Psicoterapia |
| | | M | F | 1a Vez | Subsecuente | Entrevista | Aplicación de pruebas psicológicas | Informe Psicológico | Individual | Grupal | Familiar | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | | |

Nombre y Firma del Responsable _____

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE REGISTRO DIARIO DE PSICOLOGÍA**

| 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 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 médico que otorga la atención en el orden indicado (Apellido paterno, materno y nombre -s-). |
| No. de Expediente | Anotar el número de expediente clínico asignado a los pacientes que reciben la atención psicológica. |
| Edad | Anotar los años cumplidos a la fecha de atención. En caso de ser menor a 1 año señalar y especificar los meses cumplidos. |
| Sexo | Indicar con la letra "M" en la columna correspondiente si la persona que recibe la atención médica es masculino y "F" si es femenina. |
| 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/informe psicológico. |
| Orientación | Señalar con una "X" la casilla correspondiente de acuerdo al tipo de orientación que recibe el paciente: individual/grupal/familiar. |
| Psicoterapia | Señalar con una "X" si el paciente recibe atención psicoterapéutica. |
| Total | Anotar la suma total de los siguientes indicadores: Sexo: masculino/femenino; Tipo de consulta: 1a vez/subsecuente. Atención: Entrevista/ aplicación de pruebas psicológicas/informe psicológico. Orientación: Individual/ grupal/ familiar. Psicoterapia. |
| Nombre y Firma del Responsable | Anotar nombre y firma del responsable del llenado. |

## 8.4 Formato de Notas de Trabajo Social

PRA-DGR-03-F4

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

**SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**
**DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**
**DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN**
**CENTRO DE REHABILITACION**

# NOTAS DE TRABAJO SOCIAL

| **NOMBRE Y Nº. DE EXPEDIENTE (1)** | |
|---|---|
| **EDAD (2)** | **GÉNERO (3)** |

| **FECHA Y HORA (4)** | **NOTAS (5)** |
|---|---|
| | |
| **NOMBRE, NO. DE CREDENCIAL Y FIRMA (6)** | |

# INSTRUCTIVO DE LLENADO
# FORMATO DE NOTAS DE TRABAJO SOCIAL

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Apellidos paterno, materno y nombre (es) del usuario y número de expediente |
| 2 | Años cumplidos y meses.. |
| 3 | Anotar "H" hombre "M" mujer |
| 4 | Día, mes y año y hora de elaboración de la nota |
| 5 | Especificar de manera clara, el desarrollo de la situación social del usuario |
| 6 | Apellido paterno, materno y nombre(es) del Trabajador Social, firma y número de credencial |

**8.5 Formato de Notas de Psicología.**

PRA-DGR-03-F5

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

| NOMBRE Y Nº. DE EXPEDIENTE (1) | |
|---|---|
| EDAD (2) | GÉNERO (3) |

# NOTAS DE PSICOLOGÍA

| FECHA Y HORA (4) | NOTAS (5) |
|---|---|
| | |

| NOMBRE, NO. DE CREDENCIAL Y FIRMA (6) |
|---|
| |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE NOTAS DE PSICOLOGÍA**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Apellidos paterno, materno y nombre (es) del usuario y número de expediente. |
| 2 | Años cumplidos y meses. |
| 3 | Anotar “H” hombre “M” mujer. |
| 4 | Día, mes y año y hora de elaboración de la nota. |
| 5 | Especificar de manera clara, el desarrollo de la situación psicológica del usuario. |
| 6 | Apellido paterno, materno y nombre(es) del psicólogo evaluador, firma y número de credencial. |

## 8.6 Informe Psicológico.

PRA-DGR-03-F6

DIF

**SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**
**DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**
**DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN**
**CENTRO DE REHABILITACIÓN**

# INFORME PSICOLÓGICO

| | |
|---|---|
| **NOMBRE Y NÚMERO DE EXPEDIENTE (1)** | |
| **EDAD (2)** | **GENERO (3)** |
| **FECHA DE NACIMIENTO (4)** | |
| **ESTADO CIVIL (5)** | **ESCOLARIDAD (6)** |
| **CENTRO DE REHABILITACIÓN (7)** | |
| **FECHA EN QUE SE REALIZA EL INFORME (8)** | |

| |
|---|
| **MOTIVO DE CONSULTA (9)** |
| **TIPO DE PRUEBAS APLICADAS (10)** |
| **ACTITUD DEL PACIENTE ANTE LA VALORACIÓN (11)** |
| **RESULTADOS OBTENIDOS (12)** |
| **DIAGNÓSTICO (13)** |

| |
|---|
| **PRONÓSTICO (14)** |
| **TRATAMIENTO A SEGUIR (15)** |
| **NOMBRE, FIRMA Y No. DE CREDENCIAL (16)** |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE INFORME PSICOLÓGICO**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Apellido paterno, materno y nombres del usuario y número de expediente |
| 2 | Años cumplidos y meses. |
| 3 | Anotar “H” hombre “M” mujer |
| 4 | Día, mes y año al que corresponda el informe, en números arábigos y separados por una diagonal. |
| 5 | Especificar “soltero” o “casado”. |
| 6 | El nivel y grado académico. |
| 7 | Especificar nombre del Centro de Rehabilitación sin omitir el lugar de ubicación. |
| 8 | Anotar día, mes y año separado por una diagonal de elaboración en el área. |
| 9 | Escribir el motivo específico de consulta del usuario |
| 10 | Tipo de la prueba o las pruebas aplicadas; de capacidad intelectual, de detección de organicidad, de personalidad, habilidades o aptitudes entre otras. |
| 11 | Describir la actitud observada del paciente durante la valoración. |
| 12 | Resultados obtenidos de las pruebas |
| 13 | Especificar el diagnóstico a partir de los resultados obtenidos |
| 14 | Escribir pronóstico. |
| 15 | Especificar tratamiento a seguir. |
| 16 | Nombre completo del psicólogo, firma y número de credencial. |

**8.7 Informe Mensual de Altas**

PRA-DGR-03-F7

SALUD DIF Nacional

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

| SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS | | | | | | | | SISP-19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INFORME MENSUAL DE ALTAS | | | | | | | | |
| Clave del Centro | | Nombre del Centro de Rehabilitación | | | | Fecha: ( día/mes/año) | | |
| No. De Credencial | | Nombre (Apellido paterno, materno y nombre -s-) | | | | | | |
| No de Expediente | Edad | Sexo | | Motivo de Altas | | | | |
| | | M | F | Rehabilitación | Deserción | Fallecimiento | Referencia a otra Institución | Total |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | |

Nombre y Firma del Responsable _____

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**INFORME MENSUAL DE ALTAS**

| 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 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 | Escribir el nombre del médico que otorga la atención en el orden indicado (Apellido paterno, materno y nombre -s-). |
| No. de Expediente | Anotar el número de expediente clínico asignado a los pacientes atendidos. |
| Edad | Anotar los años cumplidos a la fecha de atención. En caso de ser menor a 1 año señalar y especificar los meses cumplidos. |
| Sexo | Indicar con la letra "M" en la columna correspondiente si la persona que recibe la atención médica es masculino y "F" si es femenina. |
| Motivo de Alta | Anotar con una "X" en la columna correspondiente la causa o motivo de alta: rehabilitación /deserción /fallecimiento/ referencia a otra institución. |
| Total | Anotar la suma total de los siguientes indicadores: Sexo: masculino/femenino; Motivo de alta: rehabilitación /deserción /fallecimiento/ referencia a otra institución. |
| Nombre y Firma del Responsable | Anotar nombre y firma del responsable del llenado. |

# 4.- ELABORAR Y REPARAR ÓRTESIS Y PRÓTESIS EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## Propósito

Proporcionar a los usuarios los servicios de elaboración y reparación de Órtesis y Prótesis con estricto apego a la normatividad vigente, con calidad, que cumpla con las necesidades de atención médica especializada con base en el respeto a sus derechos humanos.

## 2.0 Alcance

Aplica a todo el personal de los siguientes Centros:

Centros Nacionales Modelos de Atención, Investigación y Capacitación Iztapalapa y Gaby Brimmer.

Centros de Rehabilitación y Educación Especial

Centros de Rehabilitación Integral

Centro de Rehabilitación e Integración Social

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

**3.1 Subdirección del Centro de Rehabilitación:**
Garantizar que el servicio de elaboración y reparación de órtesis y prótesis se brinde a los usuarios en forma oportuna, suficiente y con calidad desde su ingreso hasta el término de su atención, respetando los derechos humanos de los usuarios y sus familias.

**3.2 Departamento de Valoración y Tratamiento**:
Procurar que el servicio de elaboración y reparación de órtesis y prótesis se brinde a los usuarios en forma oportuna, suficiente y con calidad desde su ingreso hasta el término de su atención, respetando los derechos humanos de los usuarios y sus familias.
Dar a conocer el procedimiento del servicio de elaboración y reparación de órtesis y prótesis al personal del área.
Coordinar, supervisar y evaluar al personal que participa en la prestación del servicio de elaboración y reparación de órtesis y prótesis con la finalidad de satisfacer las necesidades del usuario e implementar acciones de mejora.
Llevar a cabo la Clínica de Órtesis y Prótesis, con el equipo interdisciplinario correspondiente.

**Instruye al Área Médica para:**
Conocer el procedimiento del servicio de elaboración y reparación de órtesis y prótesis.
Otorgar la prescripción médica detallada del tipo de órtesis y/o prótesis requerida para el usuario.
Canalizar al usuario al tratamiento pre-protésico y post-protésico para su adecuada adaptación protésica.
Canalizar a los usuarios dados de alta a los diferentes programas sustantivos de integración social (educativo, laboral y deportivo).

**Instruye al Responsable del Área de Órtesis y Prótesis para:**
Procurar que el servicio de elaboración y reparación de órtesis y prótesis se brinde a los usuarios en forma oportuna, suficiente y con calidad desde su ingreso hasta el término de su atención, respetando los derechos humanos de los usuarios y sus familias.
Dar a conocer el procedimiento del servicio de elaboración y reparación de órtesis y prótesis al personal del área.
Coordinar y evaluar los procedimientos para facilitar y optimizar la operación y funcionamiento del área de Órtesis y Prótesis.
Coordinar y supervisar las funciones del personal técnico adscrito al área de Órtesis y Prótesis a efecto de que se cumpla con lo establecido en las Condiciones Generales de Trabajo en materia de prevención de riesgos, Seguridad e Higiene para el Trabajo.
Colaborar en la elaboración y la aplicación del Programa Anual de Necesidades (PAN), así como optimizar y aprovechar los recursos.
Verificar y evaluar la calidad de los trabajos elaborados en el área de Órtesis y Prótesis.
Participar en las Juntas de Valoración cuando el caso lo amerite.
Participar en la Clínica de Órtesis y Prótesis.
Supervisar la solicitud y entrega de los recursos materiales para la fabricación de órtesis y prótesis.
Supervisar la operación del área de órtesis y prótesis con la finalidad de dar cumplimiento al ***Código de Conducta Institucional.***
Participar en el Programa Sustantivo de Detección de Procesos Discapacitantes.

**Instruye al Trabajador Social para:**
Dar seguimiento a la problemática socio económico de los usuarios para la adquisición y adaptación de órtesis y/o prótesis.
Gestionar y orientar a los usuarios para la compra de los insumos necesarios para la elaboración de órtesis y prótesis.
Dar seguimiento a los casos de deserción del área de órtesis y prótesis.
Orientar a los usuarios en el uso y manejo de la órtesis y/o prótesis.
Crear un expediente interno de los usuarios de órtesis y/o prótesis que incluya formato de datos generales de los usuarios, prescripción médica, comprobante de cuota de recuperación, formato de toma de medidas y nota técnica de seguimiento,
Instrumentar la libreta de Registro Diario de Usuarios en el área de órtesis y prótesis con las siguientes columnas: Fecha de ingreso al área; Nombre Completo; No. Expediente; Tipo de Trabajo: Fecha de Toma de Molde o Medidas; Técnico Responsable; Fecha de Entrega del Trabajo; Firma de Recibido del Trabajo.
Realizar las anotaciones correspondientes en el formato de Nota de Trabajo Social en el Taller de órtesis y prótesis e integrar al Expediente Clínico.

**Instruye a la Recepcionista del Área para:**
Llevar a cabo el registro diario de los usuarios que acuden al área de Órtesis y Prótesis.
Elaborar los Vales de solicitud de Material para la fabricación o reparación de órtesis y prótesis
Recibir y entregar los trabajos de órtesis (plantillas y zapatos).
Solicitar los Expedientes Clínicos correspondientes.
Apoyar en la entrega de los materiales solicitados.
Programar a los usuarios para las actividades de tomas de medidas o moldes en el área.

**Instruye al Técnico y/o Auxiliar Órtesista - Protesista para:**
Fabricar las órtesis y/o prótesis solicitados con calidad, de acuerdo a la prescripción médica.
Realizar cambios o modificaciones para la mejor adaptación de la órtesis y/o prótesis en tiempo y forma.
Participar en la Junta de Valoración cuando el caso lo amerite.
Respetar los derechos humanos de los usuarios y sus familias.
Participar en el Programa Sustantivo de Detección de Procesos Discapacitantes.
Participar en la Clínica de Órtesis y Prótesis.

**3.3 Departamento de Apoyo Administrativo:**

Proveer la existencia de materiales de calidad para la elaboración de órtesis y prótesis.
Orientar al usuario sobre los diferentes proveedores para la compra de materiales de órtesis y prótesis cuándo el caso lo amerite.
Controlar los materiales de órtesis y prótesis.

## 4.0 Descripción del procedimiento

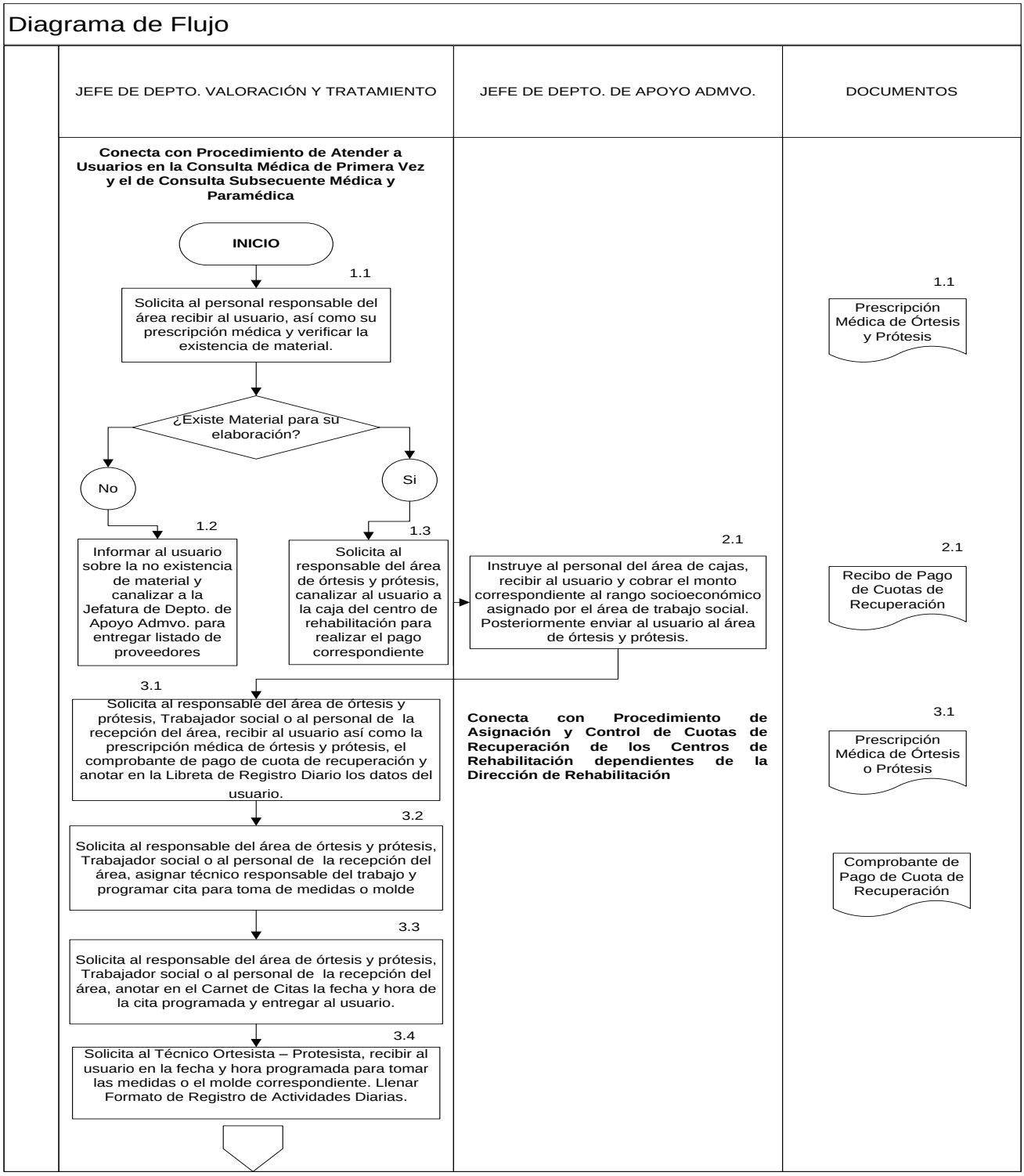
| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| | | **Conecta con el procedimiento de Atender a Usuarios en la Consulta Médica de Primera Vez y con el de Consulta Subsecuente Médica y Paramédica.** |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 1.1 | Solicita al responsable del área de órtesis y prótesis, Trabajador social o al personal de la recepción del área, recibir al usuario, así como la prescripción médica y verificar la existencia de material para la elaboración de órtesis o prótesis a través de la información proporcionada por el área administrativa del centro (Mismo día hábil)<br><br>¿Existe material para la elaboración de órtesis y prótesis?<br><br>**NO** |
| | 1.2 | Solicita al responsable del área de órtesis y prótesis, Trabajador Social o al personal de la recepción del área, informar al usuario de la no existencia de los materiales necesarios para la fabricación de su órtesis o prótesis y canalizar al Jefe de Departamento Administrativo para proporcionar opciones de proveedores para la compra del material correspondiente por parte del usuario.<br><br>**SI** |
| | 1.3 | Solicita al responsable del área de órtesis y prótesis, Trabajador social o al personal de la recepción del área, canalizar al usuario a la caja del centro de rehabilitación para realizar el pago correspondiente. (Mismo día hábil) |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE APOYO ADMINISTRATIVO | 2.1 | Instruye al personal del área de cajas, recibir al usuario, cobrar el monto correspondiente al rango socioeconómico asignado por el área de trabajo social y entregar comprobante de pago correspondiente. Posteriormente enviar al usuario al área de órtesis y prótesis. (Mismo día hábil) |

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| | | **Conecta con Procedimiento de Asignación y Control de Cuotas de Recuperación de los Centros de Rehabilitación dependientes de la Dirección de Rehabilitación** |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 3.1 | Solicita al responsable del área de órtesis y prótesis, Trabajador social o al personal de la recepción del área, recibir al usuario así como la prescripción médica de órtesis y prótesis, el comprobante de pago de cuota de recuperación y anotar en la Libreta de Registro Diario los datos del usuario. (Mismo día hábil) |
| | 3.2 | Solicita al responsable del área de órtesis y prótesis, Trabajador social o al personal de la recepción del área, asignar técnico responsable del trabajo y programar cita para toma de medidas o molde. (Mismo día hábil) |
| | 3.3 | Solicita al responsable del área de órtesis y prótesis, Trabajador social o al personal de la recepción del área, anotar en el Carnet de Citas la fecha y hora de la cita programada y entregar al usuario. (5 días hábiles) |
| | 3.4 | Solicita al Técnico Órtesista – Protesista, recibir al usuario en la fecha y hora programada para tomar las medidas o el molde correspondiente. Llenar Formato de Registro de Actividades Diarias. 1 día hábil |
| | 3.5 | Solicita al Técnico Órtesista – Protesista, informar al responsable del área de órtesis y prótesis, Trabajador social o al personal de la recepción del área, sobre la programación de la cita al usuario para prueba de la órtesis o prótesis. |

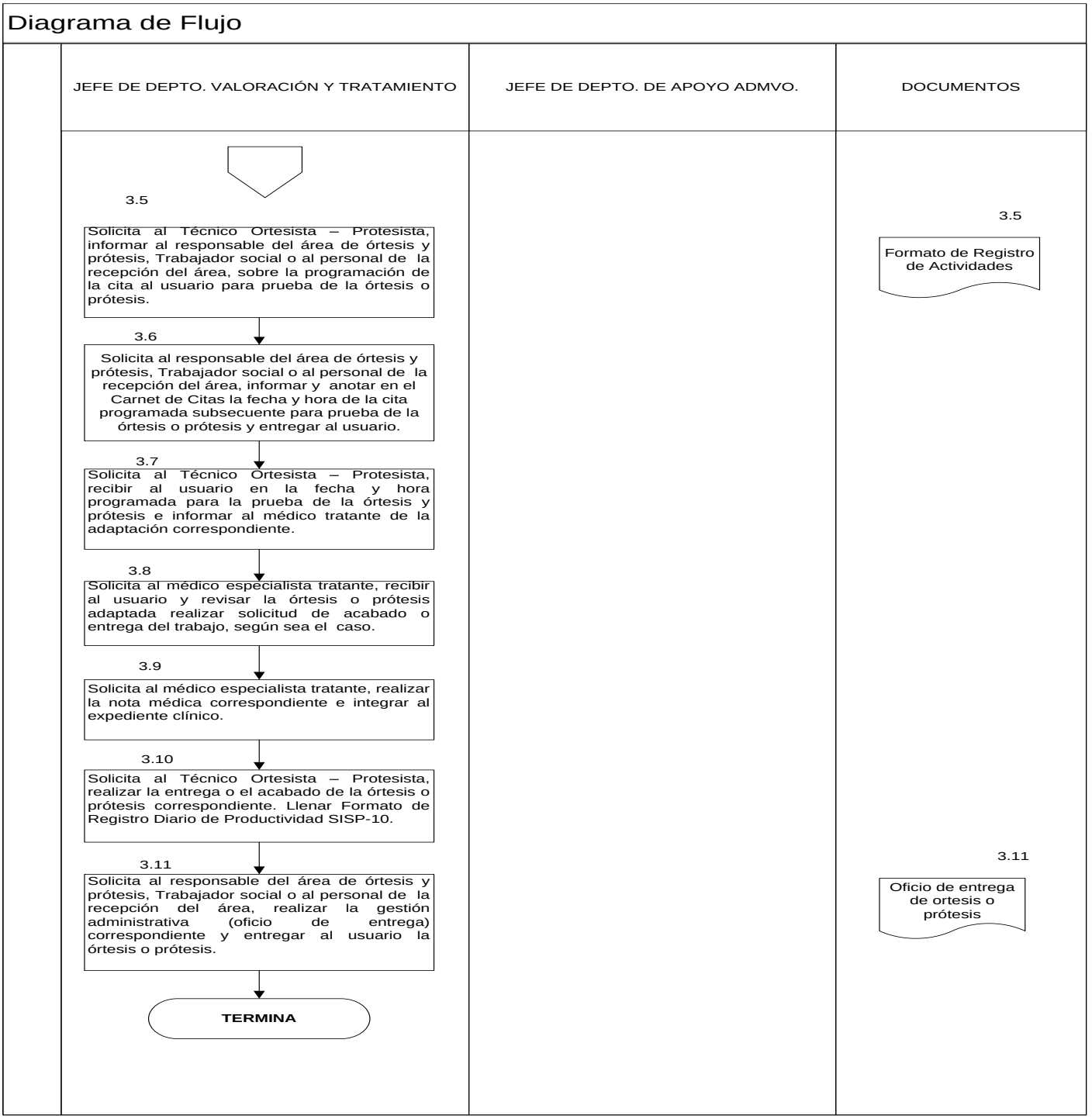
| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 3.6 | Solicita al responsable del área de órtesis y prótesis, Trabajador social o al personal de la recepción del área, informar y anotar en el Carnet de Citas la fecha y hora de la cita programada subsecuente para prueba de la órtesis o prótesis y entregar al usuario. (3 días hábiles). |
| | 3.7 | Solicita al Técnico Órtesista – Protesista, recibir al usuario en la fecha y hora programada para la prueba de la órtesis y prótesis e informar al médico tratante de la adaptación correspondiente. |
| | 3.8 | Solicita al médico especialista tratante, recibir al usuario y revisar la órtesis o prótesis adaptada realizar solicitud de acabado o entrega del trabajo, según sea el caso. |
| | 3.9 | Solicita al médico especialista tratante, realizar la nota médica correspondiente e integrar al expediente clínico. |
| | 3.10 | Solicita al Técnico Órtesista – Protesista, realizar la entrega o el acabado de la órtesis o prótesis correspondiente. Llenar Formato de Registro Diario de Productividad SISP-10. |
| | 3.11 | Solicita al responsable del área de órtesis y prótesis, Trabajador social o al personal de la recepción del área, realizar la gestión administrativa (oficio de entrega) correspondiente y entregar al usuario la órtesis o prótesis.<br><br>**TERMINA**<br><br>**Nota:** los tiempos de fabricación de las órtesis y/o prótesis varían dependiendo del tipo de trabajo que suscriba el médico especialista de cada uno de de ellos.<br><br>Solicita al técnico en órtesis y prótesis elaborar la órtesis o prótesis de acuerdo a la prescripción médica. |

## 5.0 Diagrama de Flujo

Diagrama de Flujo



## Diagrama de Flujo



## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1** Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.<br>(D.O.F. 29 de diciembre de 1976. Última reforma 17 de junio de 2009). |
| **6.2** Ley General de Salud.<br>(D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.3** Ley de Asistencia Social.<br>(D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.4** Ley de Coordinación Fiscal.<br>(D.O.F. 27 de Diciembre de 1978. Última reforma 24 de Junio de 2009). |
| **6.5** Ley de Planeación.<br>(D.O.F. 5 de enero de 1983. Última reforma 20 de junio de 2011). |
| **6.6** Ley Federal de las Entidades Paraestatales.<br>(D.O.F. 14 de mayo de1986. Última reforma 28 de noviembre de 2008). |
| **6.7** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de Sector Público.<br>(D.O.F. 4 de enero de 2000. Última reforma 15 de junio de 2011). |
| **6.8** Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.<br>(D.O.F. 13 Marzo del 2002. Última reforma 28 de Mayo de 2009). |
| **6.9** Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.<br>(D.O.F. 11 de junio de 2002. Última reforma 5 de julio de 2010). |
| **6.10** Ley General de Bienes Nacionales.<br>(D.O.F. 20 de mayo de 2004. Última reforma 31 de agosto de 2007). |
| **6.11** Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.<br>(D.O.F. 30 de Marzo de 2006. Última reforma 31 de Diciembre de 2008). |
| **6.12** Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011.<br>(D.O.F. 15 de Octubre de 2010). |
| **6.13** PRESUPUESTO de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011.<br>(D.O.F. 7-12-2010). |
| **6.14** Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.<br>(D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.15** Condiciones Generales de Trabajo (2008-2010). |
| **6.16** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.17** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.18** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## Glosario

**7.1 Ayudas Funcionales:** Órtesis menores, plantillas ortopédicas, modificaciones al calzado férulas menores.

**7.2 Órtesis:** Aditamento mecánico construido para prevenir alinear contener y/o corregir malformaciones anatómicas de las extremidades del cuerpo humano y/o desequilibrio funcional de estas.

**7.3 Prótesis.** Aditamento mecánico construido para suplir o sustituir alguna función perdida de las extremidades.

## 8.0 Anexos

**8.1** Formato Prescripción médica de Prótesis y órtesis

**8.2** Formato Libreta de Registro Diario de usuarios

**8.3** Formato Notas Técnicas de seguimiento.

**8.4** Formato Notas de Trabajo Social.

**8.5** Formato Reporte Diario de Actividades de órtesis y prótesis.

**8.6** Formato Certificado de Entrega de órtesis y prótesis.

**8.7** Formato Control de trabajos por Técnico.

## 8.1 Prescripción médica de Prótesis y Órtesis

**PRA-DGR-04-F1**

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

**ÁREA DE ÓRTESIS Y PROTESIS**

PRESCRIPCIÓN MÉDICA DE PROTESIS Y ÓRTESIS

FECHA DE SOLICTUD:_____**(1)**_____

NOMBRE DEL PACIENTE:_____**(2)**_____ No. DE EXPEDIENTE:_____(3)_____

EDAD:__**(4)**_____ GÉNERO:__**(5)**_____ OCUPACIÓN:_____**(6)**_____ TEL:___**(7)**_____

SERVICIO SOLICITADO:_____**(8)**_____

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO SOLICITANTE:_____**(9)**_____

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO QUE SOLICITA

**(10)**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA DE PROTESIS Y ÓRTESIS**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Fecha de la solicitud del trabajo |
| 2 | Nombre del paciente atendido |
| 3 | Número de expediente |
| 4 | Edad del paciente |
| 5 | Género del paciente |
| 6 | Ocupación del paciente |
| 7 | Número telefónico del paciente |
| 8 | Servicio solicitado ( órtesis o prótesis ) |
| 9 | Nombre y firma del medico solicitante |
| 10 | La descripción del Trabajo solicitado |

## 8.2 Libreta de Registro Diario de usuarios

**PRA-DGR-04-F2**

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

**ÁREA DE ÓRTESIS Y PROTESIS**

### LIBRETA DE REGISTRO DIARIO DE USUARIOS

| FECHA DE INGRESO AL ÁREA | No. EXPEDIENTE | NOMBRE | EDAD | RANGO | TIPO DE TRABAJO | DESCRIPCIÓN DE LA ÓRTESIS Y/O PROTESIOS | FECHA DE TOMA DE MEDIDAS | FECHA DE ENTREGA DE TRABAJOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | 8) | (9) |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL**
**FORMATO DE LIBRETA DE REGISTRO DIARIO DE USUARIOS**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | La fecha de ingreso del usuario al área{ |
| 2 | El número de expediente del usuario. |
| 3 | El nombre completo del usuario. |
| 4 | Los años cumplidos del usuario. |
| 5 | El rango socioeconómico asignado por el área de trabajo social. |
| 6 | Reparación o Fabricación. |
| 7 | Descripción de la órtesis o prótesis |
| 8 | Fecha programada para la toma de medidas o molde. |
| 9 | Fecha de entrega de trabajos de órtesis o prótesis. |

## 8.3 Notas Técnicas de seguimiento.

**PRA-DGR-04-F3**

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

**ÁREA DE ÓRTESIS Y PROTESIS**

NOTAS TÉCNICAS DE SEGUIMIENTO

| NOMBRE | NO. DEL EXPEDIENTE |
|---|---|
| **(1)** | **(2)** |

| FECHA Y HORA | NOTAS |
|---|---|
| **(3)** | **(4)** |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE NOTAS TÉCNICAS DE SEGUIMIENTO**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Nombre del paciente |
| 2 | El número de expediente |
| 3 | Fecha y hora de atención del paciente |
| 4 | Las anotaciones correspondientes a la revisión o el trabajo realizado |

**8.4 Notas de Trabajo Social.**

**PRA-DGR-04-F4**

**SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**
**DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**
**DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN**
**CENTRO DE REHABILITACION**

# NOTAS DE TRABAJO SOCIAL

| NOMBRE Y Nº. DE EXPEDIENTE (1) | |
|---|---|
| EDAD (2) | GÉNERO (3) |

| FECHA Y HORA (4) | NOTAS (5) |
|---|---|
| | |

**NOMBRE, NO. DE CREDENCIAL Y FIRMA (6)**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE NOTAS DE TRABAJO SOCIAL**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Apellidos paterno, materno y nombre (es) del usuario y número de expediente |
| 2 | Años cumplidos y meses.. |
| 3 | Anotar “H” hombre “M” mujer |
| 4 | Día, mes y año y hora de elaboración de la nota |
| 5 | Especificar de manera clara, el desarrollo de la situación social del usuario |
| 6 | Apellido paterno, materno y nombre(es) del Trabajador Social, firma y número de credencial |

## 8.5 Reporte Diario de Actividades de órtesis y prótesis.

### PRA-DGR-04-F5

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

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

ÁREA DE ORTESIS Y PROTESIS

REPORTE DIARIO DE ACTIVIDADES DE ÓRTESIS Y PRÓTESIS

| | |
|---|---|
| Clave del Centro: (1) | Nombre del Centro de Rehabilitación: (2) |
| No. De Credencial: (3) | Nombre (Apellido paterno, materno y nombre -s-) (4) |

| FECHA | NOMBRE DEL PACIENTE | No. EXP | EDAD | TIPO DE TRABAJO | TIPO DE ACTIVIDAD | AVANCE LOGRADO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

OTRAS ACTIVIDADES: _____(12 )

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE REPORTE DIARIO DE ACTIVIDADES DE ÓRTESIS Y PRÓTESIS**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Clave presupuestal del Centro de Rehabilitación. |
| 2 | Nombre completo del Centro de Rehabilitación. |
| 3 | Número de credencial del Técnico en órtesis y prótesis o auxiliar. |
| 4 | Nombre completo del Técnico en órtesis y prótesis o Auxiliar. |
| 5 | Día, mes y año. |
| 6 | Nombre del paciente atendido. |
| 7 | Número de expediente. |
| 8 | Edad del paciente. |
| 9 | Tipo de trabajo que se realiza. |
| 10 | Tipo de actividad que se realiza. |
| 11 | El porcentaje de avance del trabajo. |
| 12 | Otras actividades del técnico. |

## 8.6 Certificado de Entrega de Órtesis y Prótesis.

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

**ÁREA DE ÓRTESIS Y PROTESIS**

**CERTIFICADO DE ENTREGA DE ÓRTESIS Y PROTESIS**

FECHA: _____ **(1)** _____

| |
|---|
| EL CENTRO DE REHABILITACIÓN _____, A TRAVES DEL ÁREA DE ÓRTESIS Y PROTESIS HACE ENTREGA DE UNA _____CON LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS |
| **(2)**<br>a)<br><br>b)<br><br>c) |
| ESTA **(3)** SE ENCUENTRA EN PERFECTAS CONDICIONES DE USO, Y FUE FABRICADA DE ACUERDO A LA PRESCRIPCIÓN MEDICA CORRESPONDIENTE. |

Entregó

_____
Responsable del área (4)

Recibe

_____
Nombre del Usuario (5)

Vo.Bo.

_____

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE CERTIFICADO DE ENTREGA DE ÓRTESIS Y PROTESIS**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Fecha de entrega |
| 2 | Características de la órtesis o prótesis fabricadas de acuerdo a la prescripción médica |
| 3 | El tipo de trabajo realizado (órtesis o prótesis) |
| 4 | Firma del Responsable del Laboratorio de Órtesis y Prótesis |
| 5 | Firma de conformidad del Paciente que recibe |
| 6 | Firma del Jefe de Departamento de Valoración y Tratamiento. |

## 8.7 Control de Trabajos por Técnico.

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

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

**CONTROL DE TRABAJOS POR TÉCNICO**

| NOMBRE | EDAD | NUM. DE EXPEDIENTE | TIPO DE TRABAJO | MEDICO TRATANTE | ESTATUS |
|---|---|---|---|---|---|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE CONTROL DE TRABAJOS POR TÉCNICO**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Nombre del paciente. |
| 2 | La edad del paciente. |
| 3 | El número de expediente de paciente. |
| 4 | El tipo de trabajo (órtesis o prótesis). |
| 5 | El nombre del médico tratante. |
| 6 | El porcentaje de avance del trabajo realizado. |

# 5.- PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR EL ALTA A LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Otorgar a los usuarios el alta de los servicios que proporcionan los Centros de Rehabilitación con base en los motivos establecidos en la normatividad vigente y respetando sus derechos humanos.

## 2.0 Alcance

Aplica a todo el personal de los siguientes Centros:

Centros Nacionales Modelos de Atención, Investigación y Capacitación Iztapalapa, Gaby Brimer, Ciegos y Débiles Visuales.

Centros de Rehabilitación y Educación Especial

Centros de Rehabilitación Integral

Centro de Rehabilitación e Integración Social

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

**3.1 Subdirección del Centro de Rehabilitación:**
Garantizar que el alta a los usuarios en los servicios del Centro de Rehabilitación se brinde con calidad al término de su atención, respetando sus derechos humanos y de sus familias.

**3.2 Departamento de Valoración y Tratamiento:**
Procurar que el alta a los usuarios en los servicios del Centro de Rehabilitación se brinde con calidad al término de su atención, respetando sus derechos humanos y de sus familias.
Dar a conocer el procedimiento para otorgar el alta a los usuarios en los servicios del Centro de Rehabilitación al personal involucrado en el mismo.
Coordinar, supervisar y evaluar al personal que interviene en procedimiento de dar el alta a los usuarios con la finalidad de satisfacer sus necesidades e implementar acciones de mejora.

**Instruye al Área Médica para:**
Conocer el procedimiento para otorgar el alta a los usuarios en los servicios del Centro de Rehabilitación.
Otorgar el alta con calidad respetando los derechos humanos de los usuarios y sus familias.
Referir al usuario a otra institución de salud cuando así lo amerite.
Establecer el motivo de alta del usuario e informarle a él y a sus familiares, en su caso, de su estado de salud.

**Instruye al Área Paramédica para:**
Conocer el procedimiento para otorgar el alta a los usuarios en los servicios del Centro de Rehabilitación.
Otorgar el alta con calidad respetando los derechos humanos de los usuarios y sus familias.
Proporcionar a los usuarios información correcta y oportuna relacionada con los motivos de alta.

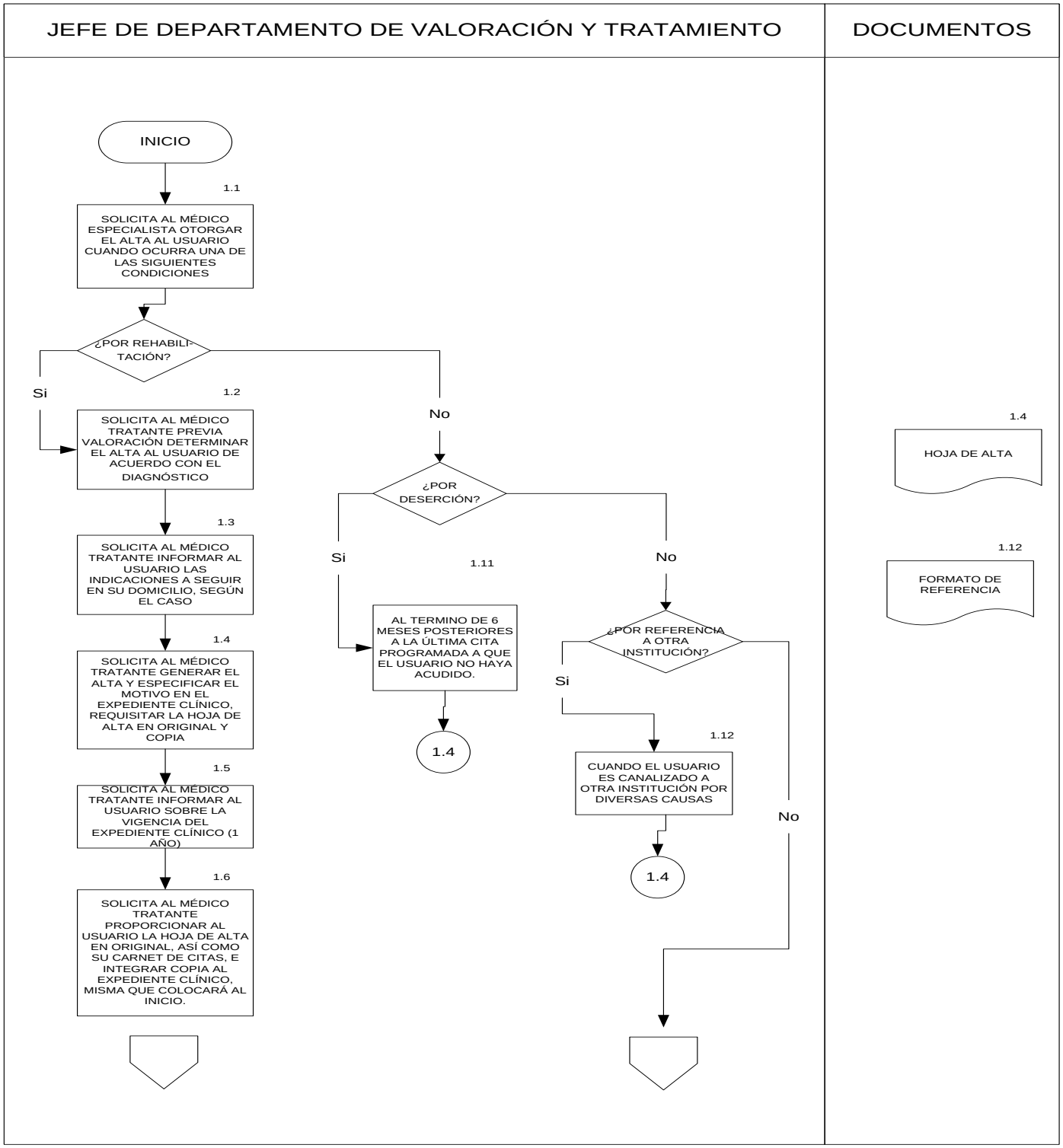
## 4.0 Descripción del procedimiento

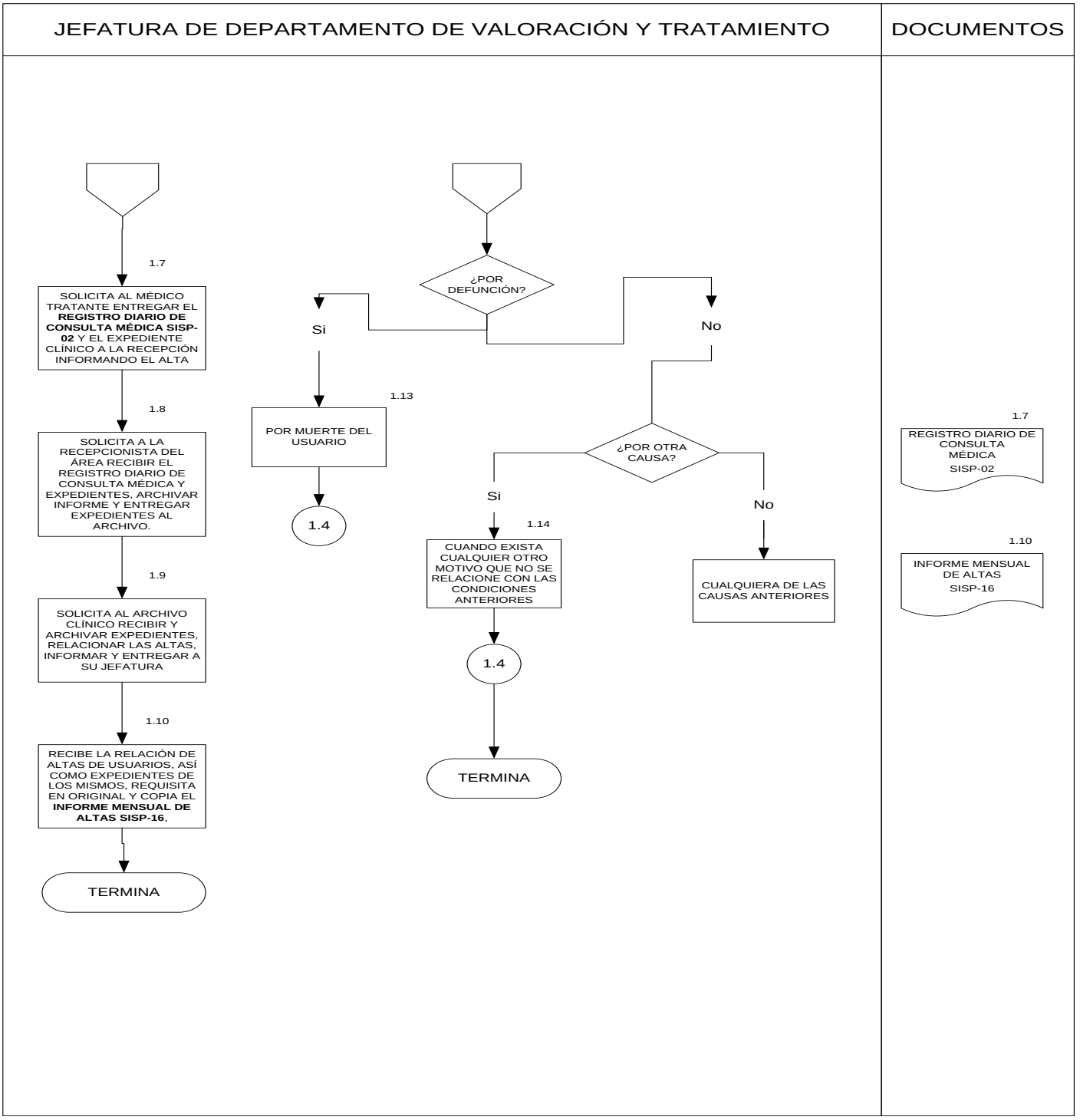
| RESPONSABILIDAD | ACTIVIDAD NO | DESARROLLO |
|---|---|---|
| | | **Conecta con Procedimiento para atender a usuarios en la Consulta Subsecuente Médica, Paramédica y tratamiento** |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 1.1 | Solicita al médico especialista otorgar el alta al usuario cuando ocurra una de las siguientes condiciones. Mismo día hábil |
| | | ***a) Rehabilitación:*** |
| | 1.2 | Solicita al médico tratante previa valoración para determinar el alta al usuario de acuerdo con el diagnóstico. Mismo día hábil |
| | 1.3 | Solicita al médico tratante informar al usuario las indicaciones a seguir en su domicilio, según el caso. Mismo día hábil |
| | 1.4 | Solicita al médico tratante registrar el alta y especificar el motivo en el expediente clínico, requisitar la Hoja de Alta en original y copia. Mismo día hábil |
| | 1.5 | Solicita al médico tratante informar al usuario sobre la vigencia de un año del expediente clínico y que podrá acudir cuando él lo solicite, siempre y cuando esté dentro de la vigencia, sino, tendrá que realizar el procedimiento de ingreso nuevamente. Mismo día hábil |
| | 1.6 | Solicita al médico tratante proporcionar al usuario la hoja de alta en original, así como su Carnet de citas, e integrar copia al expediente clínico, misma que colocará al inicio. Mismo día hábil |
| | 1.7 | Solicita al médico tratante al finalizar la jornada laboral entregar el **Registro Diario de Consulta Médica SISP-02** y el expediente clínico a la recepción del área médica informando el alta. Mismo día hábil |
| | 1.8 | Solicita a la recepcionista del área recibir el Registro Diario de Consulta Médica SISP-02 y expedientes, archivar informe y entregar expedientes al encargado de archivo. Mismo día hábil |

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD NO | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 1.9 | Solicita al archivo clínico recibir y archivar expedientes, con base en los Lineamientos Generales para la Organización y Conservación de los Archivos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal y la Ley Federal de Archivos; realizar la relación de los números de expedientes de los usuarios dados de alta, informar y entregar a su Jefe. Mismo día hábil |
| | 1.10 | Recibe la relación de Altas de Usuarios, así como expedientes de los mismos, requisitando en original y copia el **Informe Mensual de Altas SISP-19**, para posteriormente formular la Plantilla estadística. Mismo día hábil |
| | 1.11 | a) ***Deserción:***<br>Al termino de 6 meses posteriores a la última cita programada a que el usuario no haya acudido. Mismo día hábil<br><br>**Conecta con actividad Nº. 1.4 del procedimiento de dar de Alta a los Usuarios de los Servicios del Centro de Rehabilitación.** |
| | 1.12 | b) ***Referencia a otra institución:***<br>Requisitar Formato de Referencia, cuando el usuario es canalizado a otra institución por diversas causas. **.** Mismo día hábil<br><br>**Conecta con actividad Nº. 1.4 del procedimiento de dar de Alta a los Usuarios de los Servicios del Centro de Rehabilitación.** |
| | 1.13 | c) ***Defunción:***<br>Por muerte del usuario. Mismo día hábil<br><br>**Conecta con actividad Nº. 1.4 del procedimiento dar de Alta a los Usuarios de los Servicios del Centro de Rehabilitación.** |

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DESAROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 1.14 | a) ***Otra causa***:<br>Cuando exista cualquier otro motivo que no se relacione con las condiciones anteriores.<br><br>**Conecta con actividad Nº. 1.4 del procedimiento de dar de Alta a los Usuarios de los Servicios del Centro de Rehabilitación.**<br><br>**TERMINA** |

## 5.0 Diagrama de Flujo




JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO
DOCUMENTOS
1.7
SOLICITA AL MÉDICO TRATANTE ENTREGAR EL REGISTRO DIARIO DE CONSULTA MÉDICA SISP-02 Y EL EXPEDIENTE CLÍNICO A LA RECEPCIÓN INFORMANDO EL ALTA
1.8
SOLICITA A LA RECEPCIONISTA DEL ÁREA RECIBIR EL REGISTRO DIARIO DE CONSULTA MÉDICA Y EXPEDIENTES, ARCHIVAR INFORME Y ENTREGAR EXPEDIENTES AL ARCHIVO.
1.9
SOLICITA AL ARCHIVO CLÍNICO RECIBIR Y ARCHIVAR EXPEDIENTES, RELACIONAR LAS ALTAS, INFORMAR Y ENTREGAR A SU JEFATURA
1.10
RECIBE LA RELACIÓN DE ALTAS DE USUARIOS, ASÍ COMO EXPEDIENTES DE LOS MISMOS, REQUISITA EN ORIGINAL Y COPIA EL INFORME MENSUAL DE ALTAS SISP-16,
TERMINA
¿POR DEFUNCIÓN?
Si
No
1.13
POR MUERTE DEL USUARIO
1.4
¿POR OTRA CAUSA?
Si
No
1.14
CUANDO EXISTA CUALQUIER OTRO MOTIVO QUE NO SE RELACIONE CON LAS CONDICIONES ANTERIORES
1.4
TERMINA
CUALQUIERA DE LAS CAUSAS ANTERIORES
1.7
REGISTRO DIARIO DE CONSULTA MÉDICA SISP-02
1.10
INFORME MENSUAL DE ALTAS SISP-16

## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1** Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.<br>(D.O.F. 29 de diciembre de 1976. Última reforma 17 de junio de 2009). |
| **6.2** Ley General de Salud.<br>(D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.3** Ley de Asistencia Social.<br>(D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.4** Ley de Coordinación Fiscal.<br>(D.O.F. 27 de Diciembre de 1978. Última reforma 24 de Junio de 2009). |
| **6.5** Ley de Planeación.<br>(D.O.F. 5 de enero de 1983. Última reforma 20 de junio de 2011). |
| **6.6** Ley Federal de las Entidades Paraestatales.<br>(D.O.F. 14 de mayo de1986. Última reforma 28 de noviembre de 2008). |
| **6.7** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de Sector Público.<br>(D.O.F. 4 de enero de 2000. Última reforma 15 de junio de 2011). |
| **6.8** Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.<br>(D.O.F. 13 Marzo del 2002. Última reforma 28 de Mayo de 2009). |
| **6.9** Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.<br>(D.O.F. 11 de junio de 2002. Última reforma 5 de julio de 2010). |
| **6.10** Ley General de Bienes Nacionales.<br>(D.O.F. 20 de mayo de 2004. Última reforma 31 de agosto de 2007). |
| **6.11** Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.<br>(D.O.F. 30 de Marzo de 2006. Última reforma 31 de Diciembre de 2008). |
| **6.12** Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011.<br>(D.O.F. 15 de Octubre de 2010). |
| **6.13** PRESUPUESTO de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011.<br>(D.O.F. 7-12-2010). |
| **6.14** Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.<br>(D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.15** Condiciones Generales de Trabajo (2008-2010). |
| **6.16** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.17** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.18** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## 7.0 Glosario

**7.1 Alta:** Es la decisión que se toma después de una valoración a un usuario para el término de su atención en una Unidad de Rehabilitación.

**7.2 Carnet de Citas**: Documento donde se señala nombre, RFC, día, hora y lugar para todo tipo de atención que se proporciona en los Centros de Rehabilitación.

**7.3 Diagnóstico**: Determina la situación clínica de una persona a través del examen de los signos y síntomas que presenta.

**7.4 Deserción**: Abandono del usuario a los servicios que proporcionan los Centros de Rehabilitación.

**7.5 Expediente Clínico**: Documento oficial, de carácter legal, confidencial, propiedad de la Institución que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias que constituyen una herramienta de obligatoriedad para los sectores públicos, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

**7.6 Pronóstico**: Juicio clínico medico que elabora el médico respecto a los cambios que pueden sobrevenir durante el curso de una enfermedad, y sobre su duración y terminación por los síntomas que la han precedido o la acompañan.

**7.7 Referencia-contrarreferencia**: Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

**7.8 Tratamiento:** Conjunto de alternativas terapéuticas que se prescriben y se emplean para atender enfermedades o padecimientos de medios terapéuticos o prescripciones que se emplean para curar enfermedades o padecimientos. Conjunto de medios de toda clase, higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades.

**7.9 Usuario:** Toda aquella persona, paciente o no, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

**7.10 Vigencia del expediente:** Tiempo límite en que se encuentra en vigor y observancia un Expediente Clínico en el archivo clínico; los Expedientes Clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán consérvalos por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

## 8.0 Anexos

**8.1** Formato Hoja de Alta.

**8.2** Formato Carnet de Citas.

**8.3** Formato Registro Diario de Consulta Médica (SISP-02).

**8.4** Formato Informe Mensual de Altas (SISP-19).

**8.1 Hoja de Alta.**

**PRA-** DGR-**05-F1**

DIF

**SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**
**DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**
**DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN**
**CENTRO DE REHABILITACION**

# HOJA DE ALTA

| **NOMBREY NO. DE EXPEDIENTE (1)** | |
|---|---|
| **EDAD (2)** | **GENERO (3)** |
| **CENTRO DE REHABILITACION (4)** | |
| **FECHA DE INGRESO (5)** | |

| |
|---|
| **DIAGNOSTICO FINAL (6)** |
| **SECUELAS (7)** |
| **EXAMENES DE LABORATORIO (8)** |
| **ESTUDIOS DE GABINETE (9)** |
| **MOTIVO DE ALTA (10)**<br>( ) Rehabilitación ( ) Deserción ( ) Referencia a otra institución ( ) Defunción<br>( ) Otra causa, especifique: _____. |
| **SERVICIOS OTORGADOS (11)** |

| **ALTA PARA: (12)** | **FECHA DE ALTA (13)**<br>**DIA MES AÑO** | **NOMBRE, FIRMA, No. CREDENCIAL (14)** |
|---|---|---|
| | | |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE HOJA DE ALTA**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Nombre del paciente y número de Expediente asignado. |
| 2 | Edad en años. |
| 3 | Hombre o Mujer. |
| 4 | Nombre del Centro de Rehabilitación que lo atiende. |
| 5 | Fecha de ingreso del paciente (día, mes, año). |
| 6 | Diagnóstico final del Usuario atendido. |
| 7 | Secuelas que el Usuario presenta. |
| 8 | Exámenes de laboratorio más significativos al egreso. |
| 9 | Estudios de gabinete más significativos al egreso. |
| 10 | Marcará con una “X” dentro del paréntesis el motivo del alta del Usuario. |
| 11 | Servicios otorgados al Usuario. |
| 12 | Tipo de alta. |
| 13 | Fecha en que se dio de alta (día, mes, año). |
| 14 | Nombre completo, No. de credencial y firma del Médico responsable. |

**8.2 Carnet de Citas.**

**PRA-** DGR-**05-F2**

**INSTRUCCIONES PARA ASISTIR A LA CONSULTA EXTERNA**

5. PARA NO PERDER LA CONSULTA, LLEGUE PUNTUAL A LA CITA.
6. ESTÉ PENDIENTE CUANDO LLAMEN AL USUARIO.
7. PARA COMODIDAD DEL USUARIO SOLO DEBE PERMANECER EN LA SALA DE ESPERA Y CON UN ACOMPAÑANTE.
8. PARA CUALQUIER INFORMACIÓN LLAME AL TELÉFONO:

**NOTA: NO SE DARÁ CONSULTA Y/O TRATAMIENTO DESPUÉS DE 15 MIN. DE LA HORA CITADA.**

**EN CASO DE NO LLEGAR PUNTUALMENTE, RECIBIRÁ NUEVA CITA**

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

# CARNET DE CITAS

CLASIFICACIÓN (1)

CENTRO DE REHABILITACIÓN: (2)

NOMBRE DEL USUARIO: (3)

R.F.C. (4)

No. DE EXPEDIENTE (5)

NOMBRE DEL MÉDICO: (6)

| FECHA (7) | HORA (8) | SERVICIO (9) | MÉDICO O TERAPEUTA (10) | FECHA (7) | HORA (8) | SERVICIO (9) | MÉDICO O TERAPEUTA (10) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE CARNET DE CITA**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Clasificación o rango socioeconómico. |
| 2 | Nombre del Centro de Rehabilitación. |
| 3 | Nombre del usuario iniciando con apellido paterno, materno y nombre (s). |
| 4 | Registro Federal de Causantes. |
| 5 | Número de expediente del usuario. |
| 6 | Nombre del médico tratante iniciando con apellido paterno, materno y nombre (s). |
| 7 | Fecha programada de la cita. |
| 8 | Hora de la cita programada. |
| 9 | Nombre del servicio que se va a otorgar. |
| 10 | Apellido paterno de quien otorga el servicio. |
| 11 | Fecha programada de la cita. |
| 12 | Hora de la cita programada. |
| 13 | Nombre del servicio que se va a otorgar. |
| 14 | Apellido paterno de quien otorga el servicio. |

## 8.3 Registro Diario de Consulta Médica (SISP-02).

**PRA-** DGR-**05-F3**

SALUD DIF Nacional

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

| SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS | | | | | | | | | SISP-02 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| REGISTRO DIARIO DE CONSULTA MÉDICA | | | | | | | | | |
| Clave del Centro | | Nombre del Centro de Rehabilitación | | | | Fecha: ( día/mes/año) | | | |
| No. De Credencial | | Nombre (Apellido paterno, materno y nombre -s-) | | | | | | | |
| No de Expediente | Edad | Sexo | | Tipo de Consulta | | Diagnóstico (CIE-10) | | Otras Actividades | Alta |
| | | M | F | 1a Vez | Subsecuente | Descripción | Clave | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | |

Nombre y Firma del Responsable _____

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE REGISTRO DIARIO DE CONSULTA MÉDICA**

| 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 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 | Escribir el nombre del médico que otorga la atención en el orden indicado (Apellido paterno, materno y nombre -s-). |
| No. de Expediente | Anotar el número de expediente clínico asignado a los pacientes que reciben la atención médica. |
| Edad | Anotar los años cumplidos a la fecha de atención. En caso de ser menor a 1 año señalar y especificar los meses cumplidos. |
| Sexo | Indicar con la letra "M" en la columna correspondiente si la persona que recibe la atención médica es masculino y "F" si es femenina. |
| 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. |
| Diagnóstico CIE-10 | De acuerdo a la CIE-10 anotar el diagnóstico médico y la clave que le corresponde. |
| Otras actividades | Anotar en la casilla correspondiente la actividad que se realizo en consulta médica: certificados, constancias de discapacidad, revisión de rayos x, revisión de órtesis y/o prótesis. |
| Alta | Anotar en la columna correspondiente la causa o motivo de alta: rehabilitación, deserción y fallecimiento. |
| Total | Anotar la suma total de los siguientes indicadores: Sexo: masculino/femenino, Tipo de consulta: 1a vez/subsecuente; Otras actividades; Altas. |
| Nombre y Firma del Responsable | Anotar nombre y firma del responsable del llenado. |

## 8.4 Informe Mensual de Altas (SISP-19).

**PRA-** DGR-**05-F4**

SALUD DIF Nacional

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

| SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS | | | | | | | SISP-19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INFORME MENSUAL DE ALTAS | | | | | | | |
| Clave del Centro | Nombre del Centro de Rehabilitación | | | | | Fecha: ( día/mes/año) | |
| No. De Credencial | Nombre (Apellido paterno, materno y nombre -s-) | | | | | | |
| No de Expediente | Edad | Sexo | | Motivo de Altas | | | |
| | | M | F | Rehabilitación | Deserción | Fallecimiento | Referencia a otra Institución | Total |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | |

Nombre y Firma del Responsable _____

## INSTRUCTIVO DE LLENADO
## FORMATO DE REGISTRO INFORME MENSUAL DE ALTAS

| 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 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 | Escribir el nombre del médico que otorga la atención en el orden indicado (Apellido paterno, materno y nombre -s-). |
| No. de Expediente | Anotar el número de expediente clínico asignado a los pacientes atendidos. |
| Edad | Anotar los años cumplidos a la fecha de atención. En caso de ser menor a 1 año señalar y especificar los meses cumplidos. |
| Sexo | Indicar con la letra "M" en la columna correspondiente si la persona que recibe la atención médica es masculino y "F" si es femenina. |
| Motivo de Alta | Anotar con una "X" en la columna correspondiente la causa o motivo de alta: rehabilitación /deserción /fallecimiento/ referencia a otra institución. |
| Total | Anotar la suma total de los siguientes indicadores: Sexo: masculino/femenino Motivo de alta: rehabilitación /deserción / fallecimiento/ referencia a otra institución. |
| Nombre y Firma del Responsable | Anotar nombre y firma del responsable del llenado. |

# 6.- PROCEDIMIENTO PARA DETECTAR OPORTUNAMENTE PADECIMIENTOS DISCAPACITANTES EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA,<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Unificar criterios de procedimientos y establecer la secuencia de actividades para la aplicación y desarrollo del Programa de Detección y Prevención de Padecimientos Discapacitantes, con la finalidad de optimizar los recursos humanos destinados al mismo y potenciar las acciones del programa en los Centros de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

## 2.0 Alcance

Aplica a todo el personal de los siguientes Centros:

Dirección de Rehabilitación

Subdirección de Unidades Operativas en los Estados

Centros Nacionales Modelos de Atención, Investigación y Capacitación Iztapalapa, Gaby Brimmer, Ciegos y Débiles Visuales.

Centros de Rehabilitación y Educación Especial

Centros de Rehabilitación Integral

Centro de Rehabilitación e Integración Social

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

**3.1 Dirección de Rehabilitación:**
Cumplir con el Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias a través de este programa.
Recibir los informes trimestrales del Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias.

**3.2 Subdirección de Unidades Operativas en los Estados:**
Analizar y sistematizar los informes trimestrales del Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias.
Asesorar a los responsables de los centros de rehabilitación sobre la implementación del Programa de Detección y Prevención de Padecimientos Discapacitantes.
Informar a la Dirección de Rehabilitación sobre los avances del Programa de Detección y Prevención de Padecimientos Discapacitantes.

**3.3 Subdirección del Centro de Rehabilitación:**
Garantizar la operación del Programa de Detección y Prevención de Riesgos Discapacitantes, a través de actividades intra y extra muros.
Establecer coordinación intra y extra institucional para ampliar la cobertura del programa.
Validar el Programa de Detección y Prevención de Padecimientos Discapacitantes.
Enviar a la Dirección de Rehabilitación los avances trimestrales del Programa de Detección y Prevención de Padecimientos Discapacitantes.

**3.4 Departamento de Valoración y Tratamiento:**
Elaborar el programa de Detección y Prevención de Padecimientos Discapacitantes.
Con base en el perfil de los recursos humanos del centro y a las necesidades de la población (pie plano, escoliosis, alteraciones de voz y habla, alteraciones de lenguaje, alteraciones visuales, etc).
Dar a conocer a todo el personal del Centro de Rehabilitación el contenido del Programa de Detección y Prevención de Riesgos discapacitantes
Designar un responsable así como la integración del equipo interdisciplinario para la operación del programa
Coordinar y supervisar al personal que interviene en la operación del programa
Reportar las acciones del programa en el formato correspondiente, dentro de los primeros 5 días hábiles posteriores a la conclusión del trimestre.

**3.5 Instruir al área médica para:**
Conocer el procedimiento y participar en el programa interno de Detección y Prevención de Padecimientos Discapacitantes.

**3.6 Instruir a Trabajo Social para:**
Establecer la coordinación intra y extra institucional para la detección de usuarios para el programa e informar al Jefe de Depto. De Valoración y Tratamiento sobre el resultado de las visitas.
Realizar la difusión del programa en diferentes instancias de salud, educativas, recreativas, OSC, etc.
Elaborar el cronograma de visitas de acuerdo a las instancias donde se estableció la coordinación y entrega al departamento de valoración y tratamiento.
Realizar el seguimiento correspondiente a los casos identificados por el área médica.

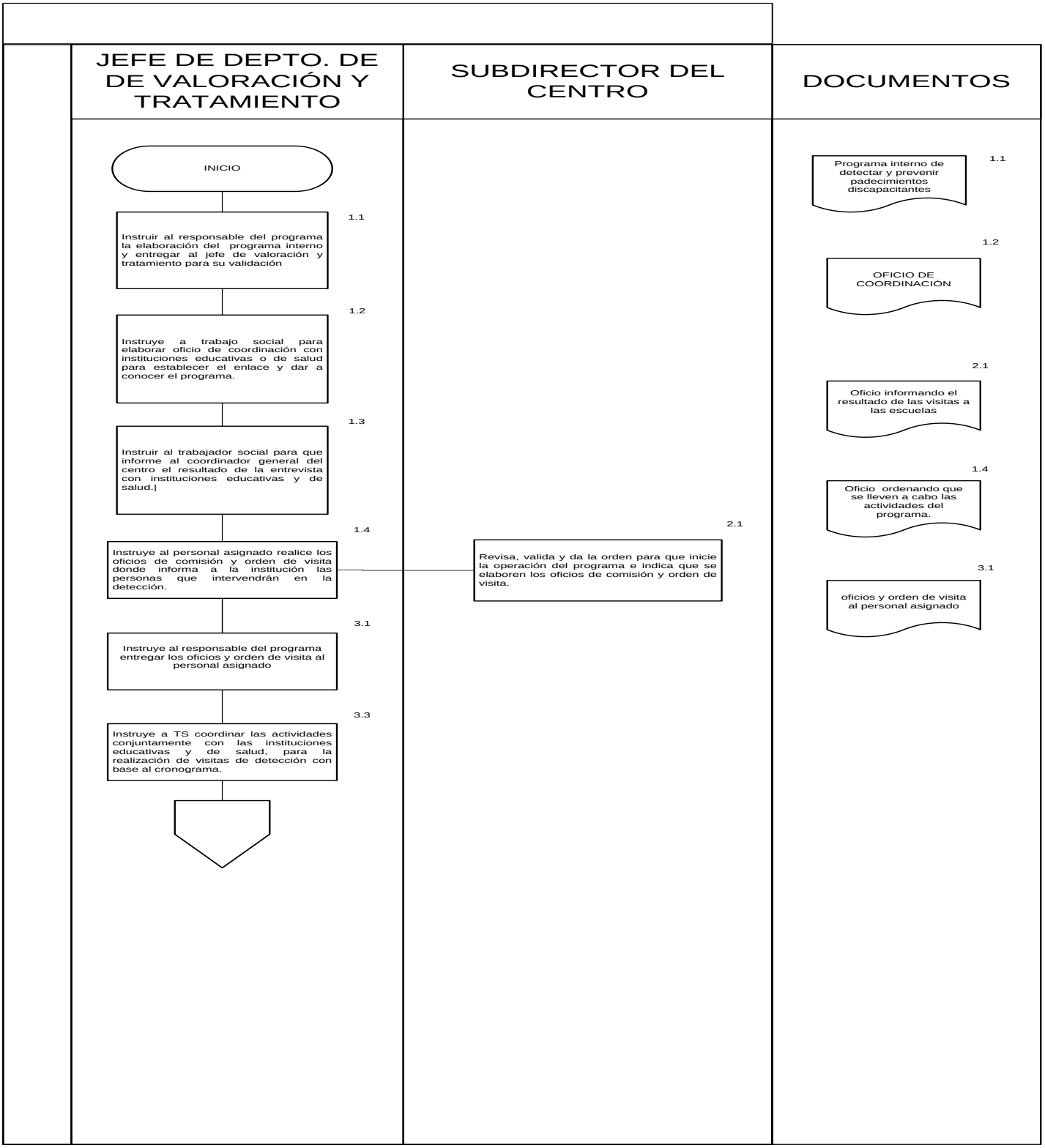
**3.7 Instruir al Responsable del Programa de Detección y Prevención de Riesgos Discapacitantes para:**
Establecer coordinación entre las áreas médicas y paramédicas involucradas en el programa e informar de los acuerdos al Jefe de Depto. De Valoración y Tratamiento.
Supervisar el cumplimiento de las actividades programadas en el programa operativo interno.
Concentrar la información de los resultados del programa y elaborar el reporte trimestral.
Participar con el equipo interdisciplinario en las diferentes actividades del programa.
Realizar el seguimiento oportuno del programa y evaluar las acciones del mismo con la finalidad de verificar el impacto y la eficacia del programa.

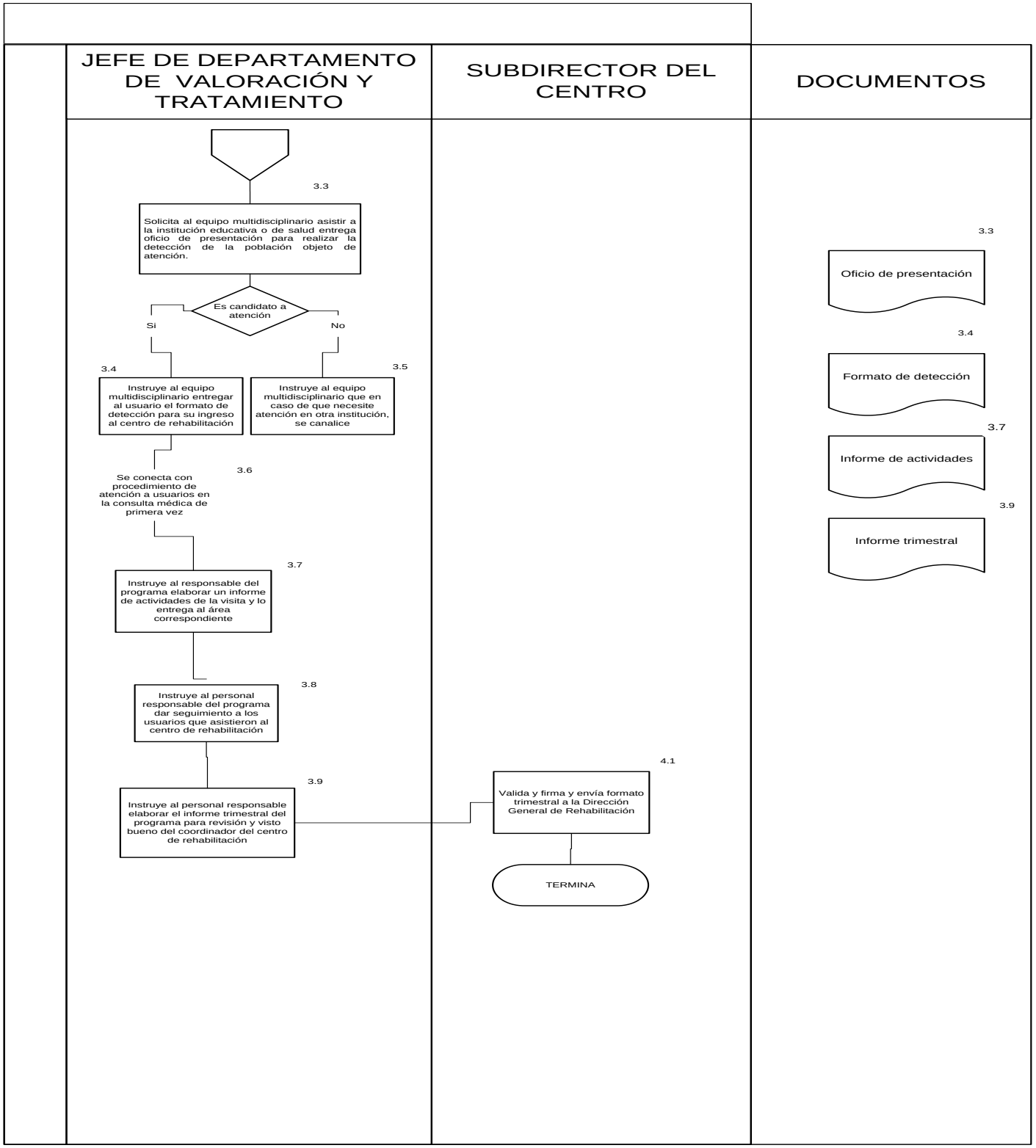
## 4.0 Descripción del procedimiento

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 1.1 | Instruye al personal responsable del programa elaborar el programa anual operativo de detección, el cual debe incluir objetivo, metas y cronograma de visitas. 2 días hábiles |
| | 1.2 | Instruye a trabajo social para elaborar oficio de coordinación con instituciones educativas o de salud para establecer el enlace y dar a conocer el programa. 1 día hábil |
| | 1.3 | Instruye a trabajo social para informar el resultado de la entrevista con instituciones educativas y de salud. 1 día hábil |
| | 1.4 | Revisa, valida y da la orden al responsable del programa para que inicie la operación e indica que se elaboren los oficios de comisión y orden de visita. 1 día hábil |
| SUBDIRECTOR DEL CENTRO | 2.1 | Instruye al personal asignado realizar los oficios de comisión y orden de visita donde informa a la institución las personas que intervendrán en la detección, señalando fecha y hora de la visita. 1 día hábil |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 3.1 | Instruye al responsable del programa entregar los oficios y orden de visita al personal asignado. 1 día hábil |
| | 3.2 | Instruye a trabajo social para coordinar las actividades conjuntamente con las instituciones educativas y de salud, para la realización de visitas de detección con base al cronograma. 1 día hábil |
| | 3.3 | Solicita al equipo multidisciplinario asistir a la institución educativa o de salud entrega oficio de presentación para realizar la detección de la población objeto de atención. 1 día hábil |

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD NO. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| | | **¿Es candidato a la atención en el centro de rehabilitación?** |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 3.4 | **Si**<br>Instruye al equipo multidisciplinario entregar al usuario el formato de detección para su ingreso al centro de rehabilitación. 1 día hábil |
| | 3.5 | **Se conecta con procedimiento de atención a usuarios en la consulta médica de primera vez.** |
| | 3.6 | **No**<br>Instruye al equipo multidisciplinario que en caso de que necesite atención en otra institución, se canalice. 1 día hábil |
| | 3.7 | Instruye al responsable del programa elaborar un informe de actividades de la visita y lo entrega al área correspondiente. 1 día hábil |
| | 3.8 | Instruye al personal responsable del programa dar seguimiento a los usuarios que asistieron al centro de rehabilitación. 1 día hábil |
| | 3.9 | Instruye al personal responsable elaborar el informe trimestral del programa para revisión y visto bueno del coordinador del centro de rehabilitación, para su envío al Director de Rehabilitación, a fin de dar seguimiento a las acciones realizadas. 1 día hábil |
| SUBDIRECTOR DEL CENTRO | 4.1 | Firma y envía formato trimestral al Director General de Rehabilitación. 1 día hábil |
| | | **TERMINA** |

## 5.0 Diagrama de Flujo




JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO
SUBDIRECTOR DEL CENTRO
DOCUMENTOS
3.3
Solicita al equipo multidisciplinario asistir a la institución educativa o de salud entrega oficio de presentación para realizar la detección de la población objeto de atención.
Es candidato a atención
Si
No
3.4
Instruye al equipo multidisciplinario entregar al usuario el formato de detección para su ingreso al centro de rehabilitación
3.5
Instruye al equipo multidisciplinario que en caso de que necesite atención en otra institución, se canalice
3.6
Se conecta con procedimiento de atención a usuarios en la consulta médica de primera vez
3.7
Instruye al responsable del programa elaborar un informe de actividades de la visita y lo entrega al área correspondiente
3.8
Instruye al personal responsable del programa dar seguimiento a los usuarios que asistieron al centro de rehabilitación
3.9
Instruye al personal responsable elaborar el informe trimestral del programa para revisión y visto bueno del coordinador del centro de rehabilitación
4.1
Valida y firma y envía formato trimestral a la Dirección General de Rehabilitación
TERMINA
3.3
Oficio de presentación
3.4
Formato de detección
3.7
Informe de actividades
3.9
Informe trimestral

## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1** Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.<br>(D.O.F. 29 de diciembre de 1976. Última reforma 17 de junio de 2009). |
| **6.2** Ley General de Salud.<br>(D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.3** Ley de Asistencia Social.<br>(D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.4** Ley de Coordinación Fiscal.<br>(D.O.F. 27 de Diciembre de 1978. Última reforma 24 de Junio de 2009). |
| **6.5** Ley de Planeación.<br>(D.O.F. 5 de enero de 1983. Última reforma 20 de junio de 2011). |
| **6.6** Ley Federal de las Entidades Paraestatales.<br>(D.O.F. 14 de mayo de1986. Última reforma 28 de noviembre de 2008). |
| **6.7** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de Sector Público.<br>(D.O.F. 4 de enero de 2000. Última reforma 15 de junio de 2011). |
| **6.8** Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.<br>(D.O.F. 13 Marzo del 2002. Última reforma 28 de Mayo de 2009). |
| **6.9** Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.<br>(D.O.F. 11 de junio de 2002. Última reforma 5 de julio de 2010). |
| **6.10** Ley General de Bienes Nacionales.<br>(D.O.F. 20 de mayo de 2004. Última reforma 31 de agosto de 2007). |
| **6.11** Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.<br>(D.O.F. 30 de Marzo de 2006. Última reforma 31 de Diciembre de 2008). |
| **6.12** Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011.<br>(D.O.F. 15 de Octubre de 2010). |
| **6.13** PRESUPUESTO de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011.<br>(D.O.F. 7-12-2010). |
| **6.14** Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.<br>(D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.15** Condiciones Generales de Trabajo (2008-2010). |
| **6.16** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.17** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.18** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## 7.0 Glosario

**7.1 Alta:** Es la decisión que se toma después de una valoración médica del usuario para el término de su atención en el centro de Rehabilitación.

**7.2 Atención Médica:** Se refiere al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

**7.3 Carnet de Citas**: Documento donde se señala nombre, RFC, día, hora y lugar para todo tipo de atención que se proporciona en los centros de rehabilitación.

**7.4 Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE):** Es la unidad prestadora de servicios de prevención de discapacidad, rehabilitación integral y educación especial. Constituye el tercer nivel de atención en servicios de rehabilitación.

**7.5 Centro de Rehabilitación Integral (CRI**): Es la unidad prestadora de servicios de prevención de discapacidad y rehabilitación integral. Constituye el segundo nivel de atención de los servicios de rehabilitación.

**7.6 Consulta de Primera Vez:** Es la atención proporcionada por primera vez al usuario por personal médico especializado en donde se elabora historia clínica, se dictamina el diagnóstico y propone tratamiento específico a seguir.

**7.7 Deserción:** Abandono del usuario a los servicios que le proporciona el Centro de Rehabilitación. Sucede cuando no se tiene noticia del usuario en un lapso mínimo de 6 meses posteriores a la última cita programada a la que no acudió.

**7.8 Detección:** Es el hecho de identificar oportunamente todos aquellos signos y síntomas que podrían generar alguna discapacidad.

**7.9 Diagnóstico:** determina la situación clínica de una persona a través del examen de los signos y síntomas que presenta.

**7.10 Expediente Clínico:** Documento oficial, de carácter legal, confidencial, propiedad de la Institución que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias que constituyen una herramienta de obligatoriedad para los sectores públicos, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

**7.11 Interconsulta:** Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al Usuario, a solicitud del médico tratante.

**7.12 Equipo Multidisciplinario:** Profesionales del Centro de Rehabilitación, especializados en distintas áreas que interviene de manera conjunta en los programas sustantivos, análisis y toma de decisiones.

**7.13 Prevención:** Profesionales del Centro de Rehabilitación, especializados en distintas áreas que intervienen interviene de manera conjunta en los programas sustantivos, análisis y toma de decisiones.

**7.14 Prevaloración:** Consulta médica exploratoria de breve duración que determina el ingreso o no del usuario al Centro de Rehabilitación

**7.15 Programa de Casa:** conjunto de acciones de tratamiento que se indican al usuario o familiar en forma escrita para que sean realizadas en su domicilio.

**7.16 Pronóstico:** Juicio clínico medico que elabora el médico respecto a los cambios que pueden sobrevenir durante el curso de una enfermedad, y sobre su duración y terminación por los síntomas que la han precedido o la acompañan.

**7.17 Referencia:** Es el acto de canalizar o derivar al usuario a otra instancia de salud, que realiza el médico con apoyo de trabajo social para complementar su tratamiento o diagnóstico, esta derivación deberá ser realizada en el formato correspondiente.

**7.18 Tarjetón único de terapias:** Hoja donde se describen las indicaciones sobre el tratamiento prescrito por el médico especialista, así como la asistencia del usuario a la terapia

**7.19 Tratamiento:** Conjunto de alternativas terapéuticas que se prescriben y se emplean para atender enfermedades o padecimientos de medios terapéuticos o prescripciones que se emplean para curar enfermedades o padecimientos. Conjunto de medios de toda clase, higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades.

**7.20 Usuario:** Toda persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica especializada del centro de rehabilitación

## 8.0 Anexos

**8.1** Formato Reporte Trimestral de Actividades para Detectar y Prevenir Padecimientos Discapacitantes en los Centros de Rehabilitación.

## 8.1 Reporte Trimestral de Actividades para Detectar y Prevenir Padecimientos Discapacitantes en los Centros de Rehabilitación.

**PRA-** DGR-**06-F1**

SALUD DIF Nacional

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

Vivir Mejor

**PROGRAMA SUSTANTIVO DE DETECCION TEMPRANA DE PADECIMIENTOS DISCAPACITANTES**

**Centro de Rehabilitación: (1)** **Trimestre: (2)**

| Lugar donde se realizó la detección (3) | Pláticas otorgadas en el trimestre (4) | Temas de las pláticas (5) | No. de asistentes (6) | Personas valoradas (7) | No. de personas detectadas y canalizadas al Centro de rehabilitación (8) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Totales | | | | | |

Nombre y firma del responsable del programa: (9)

Nombre y firma del Subdirector del Centro: (10)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE REPORTE TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES PARA DETECTAR Y PREVENIR PADECIMIENTOS DISCAPACITANTES EN LOS CENTROS DE REHABILITACION**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Nombre del centro de rehabilitación |
| 2 | Trimestre al que corresponde el reporte |
| 3 | Lugar donde se realizó la detección |
| 4 | Número de pláticas impartidas |
| 5 | Temas de las platicas |
| 6 | Número de asistentes a las pláticas |
| 7 | Personas valoradas |
| 8 | Número de personas detectadas y canalizadas al centro de rehabilitación |
| 9 | Nombre completo del responsable del programa |
| 10 | Nombre completo del Subdirector del Centro. |

| FORMATO DE DETECCIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha:** _____ | **Escuela visitada:** _____ | **Nombre del menor:** _____ | **Presentarse al Centro de Rehabilitación:** _____ |

*__Nota__: Dicho formato se entrega por el equipo multidisciplinario al menor detectado en la escuela visitada para que asista al centro de rehabilitación y exista en este un control de los menores detectados que hayan asistido al Centro de Rehabilitación.

# 7.- PROCEDIMIENTO PARA ATENDER A USUARIOS EN EL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN MÚLTIPLE TEMPRANA

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA,<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Unificar criterios de procedimientos y establecer la secuencia de actividades para la aplicación y desarrollo del Programa de Estimulación Múltiple Temprana, con la finalidad de potenciar sus acciones y optimizar los recursos humanos destinados al mismo en los Centros de Rehabilitación.

## 2.0 Alcance

Aplica a todo el personal de los siguientes Centros:

Dirección de Rehabilitación

Subdirección de Unidades Operativas en los Estados

Centros Nacionales Modelos de Atención, Investigación y Capacitación Iztapalapa, Gaby Brimmer, Ciegos y Débiles Visuales.

Centros de Rehabilitación y Educación Especial

Centros de Rehabilitación Integral

Centro de Rehabilitación e Integración Social

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

**3.1 Dirección de Rehabilitación:**
Cumplir con el Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias a través de este programa.
Recibir los informes mensuales del Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias.

**3.2 Subdirección de Unidades Operativas en los Estados:**
Analizar y sistematizar los informes mensuales del Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias.
Asesorar a los responsables de los centros de rehabilitación sobre la implementación del Programa estimulación múltiple temprana
Informar a la Dirección de Rehabilitación sobre los avances del Programa de Programa estimulación múltiple temprana

**3.3 Subdirección del Centro de Rehabilitación:**
Garantizar la operación del Programa de Detección y Prevención de Riesgos Discapacitantes, a través de actividades intra y extra muros.Establecer coordinación intra y extra institucional para ampliar la cobertura del programa.
Validar el Programa de Detección y Prevención de Padecimientos Discapacitantes.
Enviar a la Dirección de Rehabilitación los avances trimestrales del Programa de Detección y Prevención de Padecimientos Discapacitantes.

**3.4 Subdirección del Centro de Rehabilitación:**
Garantizar la operación del Programa de Estimulación Múltiple Temprana, a través de actividades intra y extra muros
Establecer coordinación intra y extra institucional para difundir y ampliar la cobertura del programa

**3.5 Instruir al área médica para:**
Conocer el procedimiento y participar en el programa interno de Detección y Prevención de Padecimientos Discapacitantes.

**3.6 Departamento de Valoración y Tratamiento:**
Elaborar el programa operativo interno de Estimulación Múltiple Temprana.
Dar a conocer a todo el personal del Centro de Rehabilitación el contenido del Programa de Estimulación Múltiple Temprana y designar un responsable del mismo.
Coordinar y supervisar al personal que interviene en la operación del programa
Reportar las acciones del programa en el formato correspondiente, dentro de los primeros 5 días hábiles posteriores a conclusión del mes.

**3.7 Instruir al área Médica para:**
Participar en la elaboración y operación del programa de Estimulación Múltiple Temprana
Conocer el programa interno de Estimulación Múltiple Temprana,

**3.8 Instruir al área de Trabajo Social para:**
Realizar la difusión del programa en diferentes instancias de salud y participar con el equipo interdisciplinario en las diferentes actividades del programa.
Realizar el seguimiento correspondiente a los casos identificados por el área médica.

**3.9 Instruir al área de Psicología para:**
Realizar valoración psicológica acorde las necesidades del usuario
Realizar orientación psicológica a los padres en relación al estado psicológico del menor
Realizar plan de tratamiento y atención psicológica del usuario
Elaborar informe psicológico y notas de seguimiento psicológico

**3.10 Instruir al Supervisor de Terapias para:**
Dar seguimiento a las acciones del programa de estimulación múltiple temprana para su cumplimiento

**3.11 Instruir al Responsable del Programa de Estimulación Múltiple Temprana para:**

Elaborar el programa operativo interno de Estimulación Múltiple Temprana, de acuerdo al perfil de los recursos humanos y a las necesidades de la población

Establecer coordinación con el departamento de valoración y tratamiento para el desarrollo del programa.

Concentrar la información de los resultados del programa y elaborar el informe mensual

Realizar el seguimiento oportuno del programa de estimulación múltiple temprana incluyendo la evolución de actividades con la finalidad de verificar el impacto y la eficacia del programa.

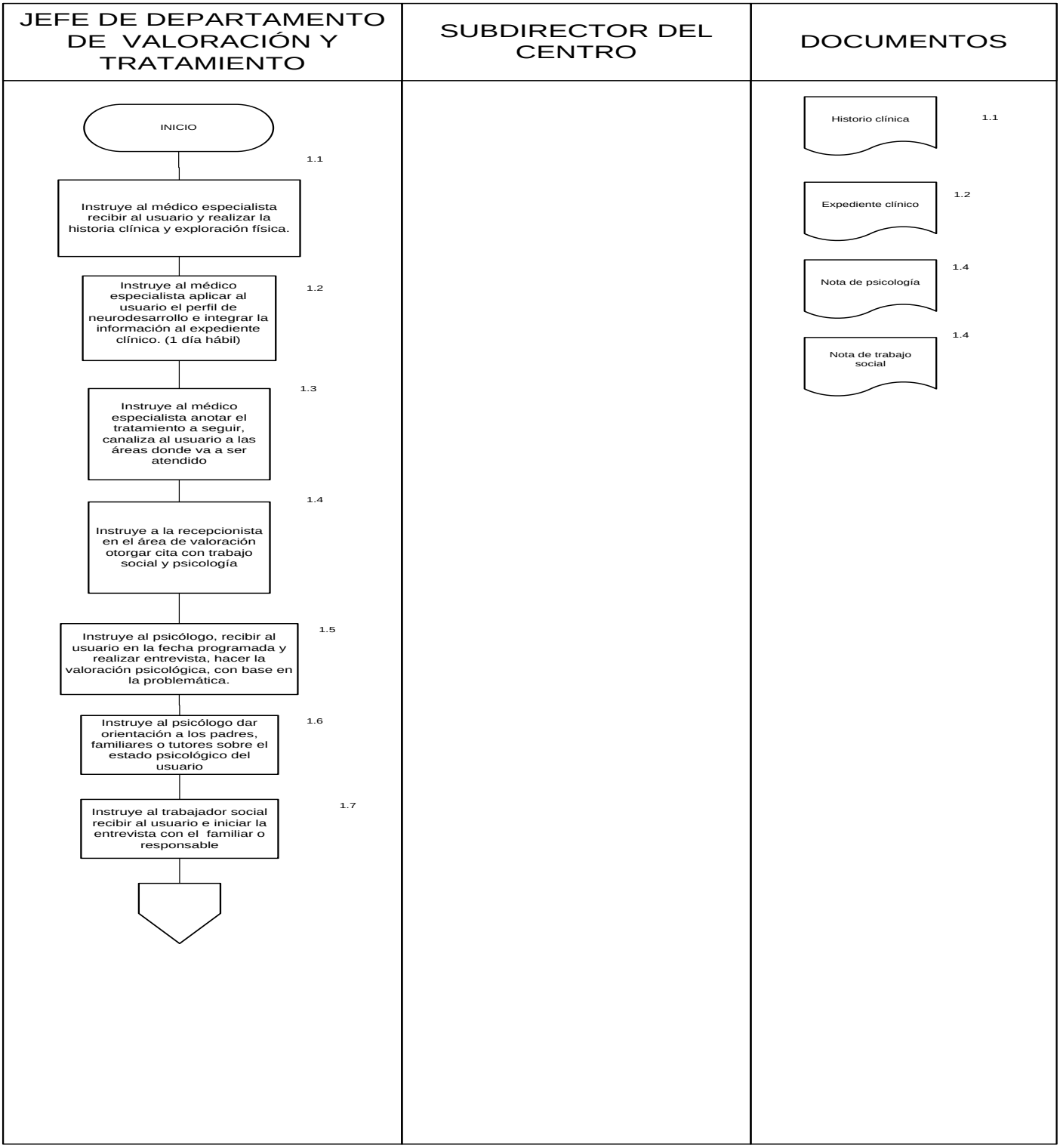
## 4.0 Descripción del procedimiento

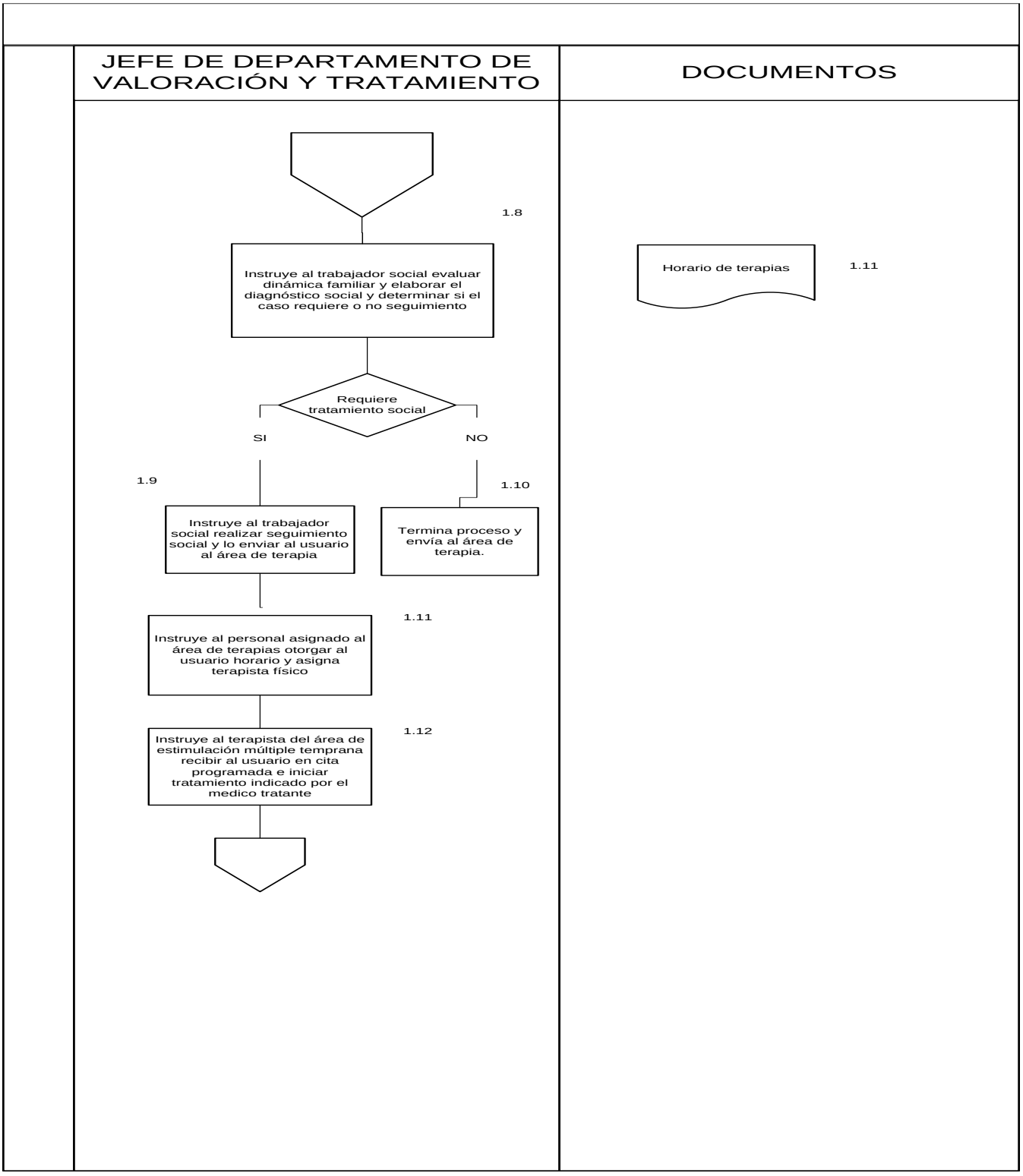
| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACION Y TRATAMIENTO | | **Conecta con procedimiento de atención a usuarios en consulta de primera vez.** |
| | 1.1 | Instruye al médico especialista recibir al usuario y realizar la historia clínica y exploración física. (1 día hábil) |
| | 1.2 | Instruye al médico especialista aplicar al usuario el perfil de neurodesarrollo e integrar la información al expediente clínico. (1 día hábil) |
| | 1.3 | Instruye al médico especialista anotar el tratamiento a seguir, canaliza al usuario a las áreas donde va a ser atendido.(psicología, trabajo social o tratamiento) (1 día hábil) |
| | 1.4 | Instruye a la recepcionista en el área de valoración otorgar cita con trabajo social y psicología. (1 día hábil) |
| | 1.5 | Instruye al psicólogo, recibir al usuario en la fecha programada y realizar entrevista, hacer la valoración psicológica, con base en la problemática. (1 día hábil) |
| | 1.6 | Instruye al psicólogo dar orientación a los padres, familiares o tutores sobre el estado psicológico del usuario. Lo canaliza a trabajo social. ( 1 día hábil) |
| | 1.7 | Instruye al trabajador social recibir al usuario e iniciar la entrevista con el familiar o responsable. ( 1 día hábil) |
| | 1.8 | Instruye al trabajador social evaluar dinámica familiar y elaborar el diagnóstico y tratamiento social y determinar si el caso requiere o no seguimiento. |
| | 1.9 | **¿Requiere tratamiento social?**<br>**No**<br>Termina proceso y envía al área de terapia |
| | 1.10 | **Si**<br>Instruye al trabajador social realizar el seguimiento correspondiente y enviar al usuario al área de terapia |

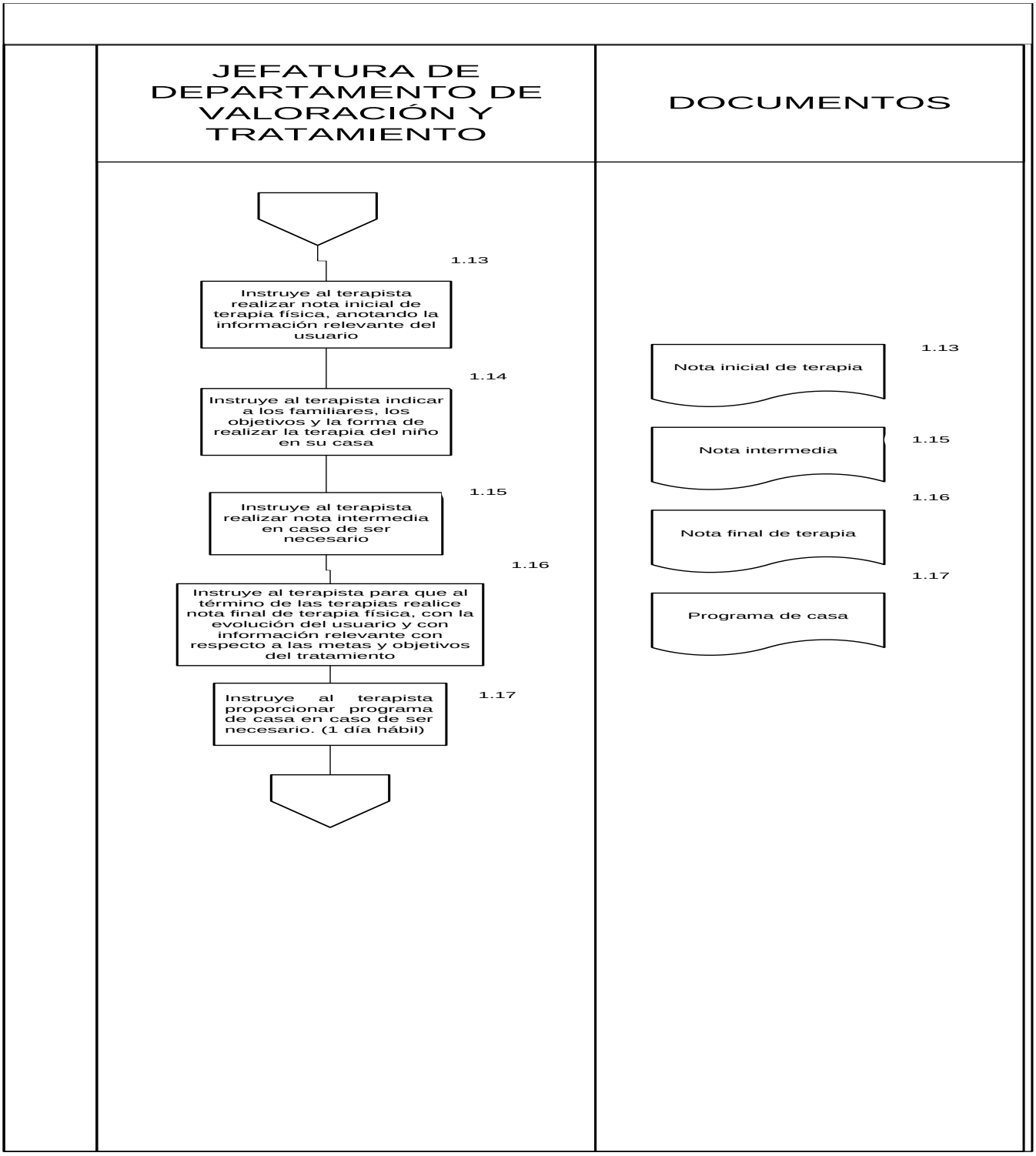
| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 1.11 | Instruye al personal asignado al área de terapias otorgar al usuario horario y asigna terapista físico. (1 día hábil) |
| | 1.12 | Instruye al terapista del área de estimulación múltiple temprana recibir al usuario en cita programada e iniciar tratamiento indicado por el médico tratante. (1 día hábil) |
| | 1.13 | Instruye al terapista realizar nota inicial de terapia física, anotando la información relevante del usuario. (1 día hábil) |
| | 1.14 | Instruye al terapista indicar a los familiares, los objetivos y la forma de realizar la terapia del niño en su casa. (1 día hábil) |
| | 1.15 | Instruye al terapista realizar nota intermedia en caso de ser necesario. (1 día hábil) |
| | 1.16 | Instruye al terapista para que al término de las terapias realice nota final de terapia física, con la evolución del usuario y con información relevante con respecto a las metas y objetivos del tratamiento. (1 día hábil) |
| | 1.17 | Instruye al terapista proporcionar programa de casa en caso de ser necesario. (1 día hábil) |
| | 1.18 | Instruye al terapista informar a los familiares del usuario el término de las terapias y enviar al usuario al área de valoración y tratamiento para que le otorguen cita subsecuente. (1 día hábil)<br><br>**Conecta con procedimiento de atención a usuarios en consulta médica y paramédica subsecuente** |
| | 1.19 | Solicita al médico especialista recibir al usuario en cita programada y revisa el expediente clínico. (1 día hábil). |

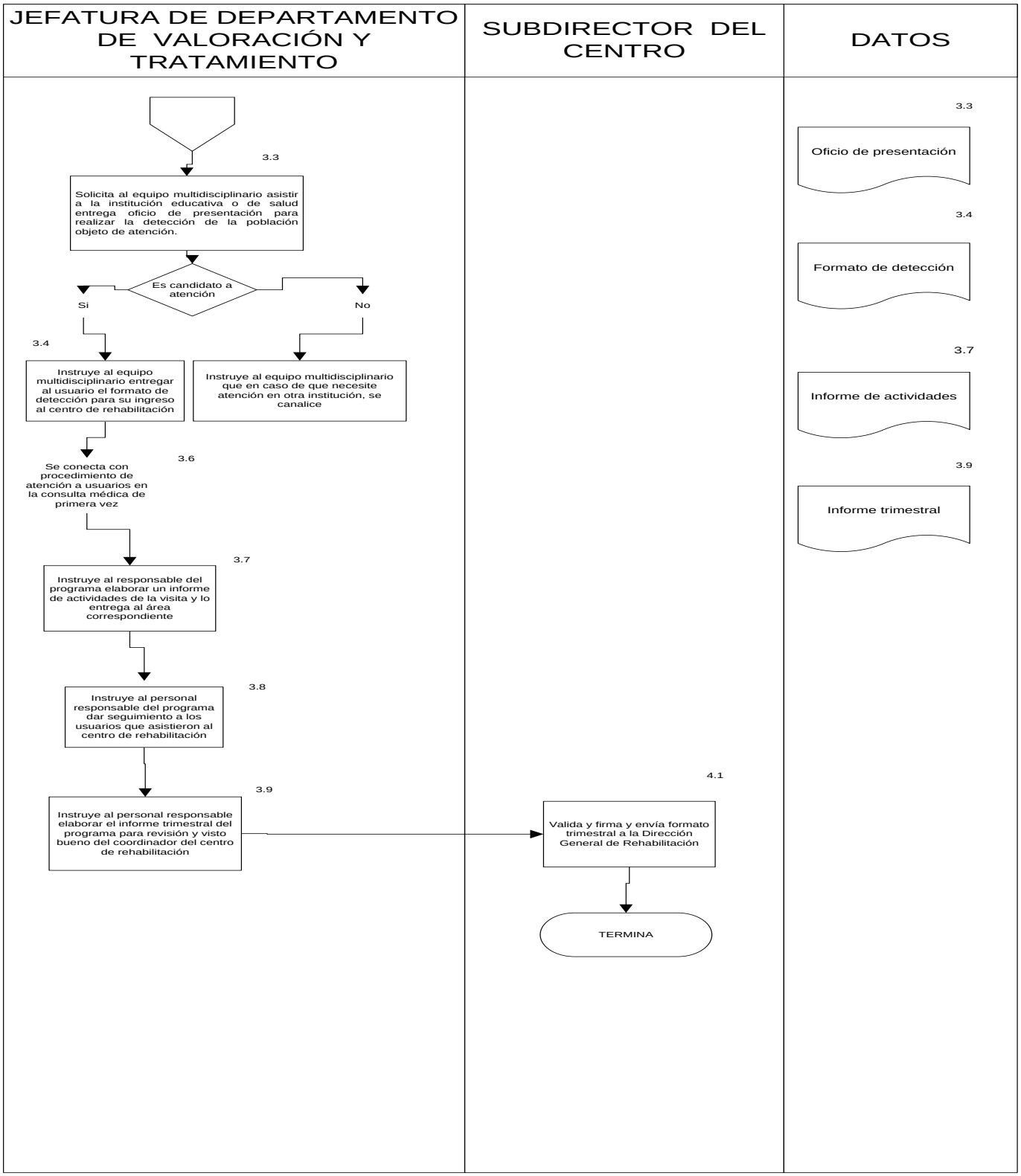
| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 1.20 | Solicita al médico especialista determinar la evolución del usuario, realizar interrogatorio a la madre o familiar, aplicar nuevamente perfil de desarrollo y maduración neurológica y determinar si continúa o no dentro del programa de estimulación múltiple temprana.<br>(1 día hábil)<br><br>**¿Continúa dentro del programa?** |
| | 1.21 | **No**<br>Explica a los padres la evolución del menor y le proporciona el alta dentro del programa de estimulación múltiple temprana.<br>(1 día hábil)<br><br>**Conecta con procedimiento de alta de los servicios a usuarios del centro de rehabilitación** |
| | 1.22 | **Si**<br>Proporciona las nuevas indicaciones a la madre o familiar, anota en el expediente clínico el nuevo tratamiento a seguir y refiere al área de terapias.<br>(1 día hábil)<br><br>**Conecta con actividad No 5.1 de este procedimiento.** |
| | 1.23 | Instruye al responsable del programa realizar el informe mensual en la fecha de corte de los menores atendidos en el programa de estimulación múltiple temprana y enviarlo al Jefe de Valoración y tratamiento. |
| | 1.24 | Valida el informe y envía con el Subdirector del Centro de Rehabilitación (1 día hábil) |
| SUBDIRECTOR DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN | 2.1 | Firma el informe y lo envía al Director General de Rehabilitación. (1 día hábil)<br><br>**TERMINA** |

## 5.0 Diagrama de Flujo




JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO
DOCUMENTOS
1.8
Instruye al trabajador social evaluar dinámica familiar y elaborar el diagnóstico social y determinar si el caso requiere o no seguimiento
Requiere tratamiento social
SI
NO
1.9
Instruye al trabajador social realizar seguimiento social y lo enviar al usuario al área de terapia
1.10
Termina proceso y envía al área de terapia.
1.11
Instruye al personal asignado al área de terapias otorgar al usuario horario y asigna terapista físico
1.12
Instruye al terapista del área de estimulación múltiple temprana recibir al usuario en cita programada e iniciar tratamiento indicado por el medico tratante
Horario de terapias
1.11


JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO
DOCUMENTOS
1.13
Instruye al terapista realizar nota inicial de terapia física, anotando la información relevante del usuario
1.14
Instruye al terapista indicar a los familiares, los objetivos y la forma de realizar la terapia del niño en su casa
1.15
Instruye al terapista realizar nota intermedia en caso de ser necesario
1.16
Instruye al terapista para que al término de las terapias realice nota final de terapia física, con la evolución del usuario y con información relevante con respecto a las metas y objetivos del tratamiento
1.17
Instruye al terapista proporcionar programa de casa en caso de ser necesario. (1 día hábil)
1.13
Nota inicial de terapia
1.15
Nota intermedia
1.16
Nota final de terapia
1.17
Programa de casa


JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO
SUBDIRECTOR DEL CENTRO
DATOS
3.3
Solicita al equipo multidisciplinario asistir a la institución educativa o de salud entrega oficio de presentación para realizar la detección de la población objeto de atención.
Es candidato a atención
Si
No
3.4
Instruye al equipo multidisciplinario entregar al usuario el formato de detección para su ingreso al centro de rehabilitación
Instruye al equipo multidisciplinario que en caso de que necesite atención en otra institución, se canalice
3.6
Se conecta con procedimiento de atención a usuarios en la consulta médica de primera vez
3.7
Instruye al responsable del programa elaborar un informe de actividades de la visita y lo entrega al área correspondiente
3.8
Instruye al personal responsable del programa dar seguimiento a los usuarios que asistieron al centro de rehabilitación
3.9
Instruye al personal responsable elaborar el informe trimestral del programa para revisión y visto bueno del coordinador del centro de rehabilitación
4.1
Valida y firma y envía formato trimestral a la Dirección General de Rehabilitación
TERMINA
3.3
Oficio de presentación
3.4
Formato de detección
3.7
Informe de actividades
3.9
Informe trimestral

## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1** Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. (D.O.F. 29 de diciembre de 1976. Última reforma 17 de junio de 2009). |
| **6.2** Ley General de Salud. (D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.3** Ley de Asistencia Social. (D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.4** Ley de Coordinación Fiscal. (D.O.F. 27 de Diciembre de 1978. Última reforma 24 de Junio de 2009). |
| **6.5** Ley de Planeación. (D.O.F. 5 de enero de 1983. Última reforma 20 de junio de 2011). |
| **6.6** Ley Federal de las Entidades Paraestatales. (D.O.F. 14 de mayo de1986. Última reforma 28 de noviembre de 2008). |
| **6.7** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de Sector Público. (D.O.F. 4 de enero de 2000. Última reforma 15 de junio de 2011). |
| **6.8** Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. (D.O.F. 13 Marzo del 2002. Última reforma 28 de Mayo de 2009). |
| **6.9** Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.(D.O.F. 11 de junio de 2002. Última reforma 5 de julio de 2010). |
| **6.10** Ley General de Bienes Nacionales. (D.O.F. 20 de mayo de 2004. Última reforma 31 de agosto de 2007). |
| **6.11** Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. (D.O.F. 30 de Marzo de 2006. Última reforma 31 de Diciembre de 2008). |
| **6.12** Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011. (D.O.F. 15 de Octubre de 2010). |
| **6.13** PRESUPUESTO de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011. (D.O.F. 7-12-2010). |
| **6.14** Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. (D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.15** Condiciones Generales de Trabajo (2008-2010). |
| **6.16** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011. (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.17** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011. (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.18** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.DO.F. 31-12-2010). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## Glosario

**7.1 Alta:** Es la decisión que se toma después de una valoración a un usuario para el término de su Atención en una unidad de rehabilitación.

**7.2 Carnet de citas:** Documento donde se señala nombre, RFC, día hora y lugar para todo tipo de atención que se proporciona en los centros de rehabilitación.

**7.3 Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE):** Es la unidad prestadora de servicios de prevención de discapacidad, rehabilitación integral y educación especial. Constituye el tercer nivel de atención en servicios de rehabilitación.

**7.4 Centro de Rehabilitación Integral (CRI**): Es la unidad prestadora de servicios de prevención de discapacidad y rehabilitación integral. Constituye el segundo nivel de atención de los servicios de rehabilitación.

**7.5 Consulta de Primera vez:** Es la atención proporcionada por primera vez en el año al usuario por personal médico especializado en donde se elabora historia clínica, se dictamina el diagnóstico y propone tratamiento específico a seguir.

**7.6 Deserción.**: Se refiere al abandono que hace un usuario en un lapso mínimo de 6 meses posteriores a la última cita programada a la que no acudió.

**7.7 Diagnóstico:** Determina la situación clínica de la persona a través del examen de los signos y síntomas que presenta.

**7.8 Expediente Clínico:** Documento oficial, de carácter legal, confidencial, propiedad de la Institución que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias que constituyen una herramienta de obligatoriedad para los sectores públicos, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

**7.9 Neurodesarrollo:** Desarrollo fisiológico del sistema nervioso central considerado normal para el ser humano.

**7.10 Prevaloración:** Es la revisión médica exploratoria inicial que realiza el médico al usuario y determina su ingreso o no a la Unidad de Rehabilitación para su atención integral.

**7.11 Programa de Casa**: Conjunto de acciones sobre el tratamiento, que se entregan al usuario o familiar en forma escrita o impresa para que sean realizadas en su domicilio.

**7.12 Pronóstico**: Juicio clínico medico que elabora el médico respecto a los cambios que pueden sobrevenir durante el curso de una enfermedad, y sobre su duración y terminación por los síntomas que la han precedido o la acompañan.

**7.13 Tarjetón de Terapias:** Hoja donde se describen las indicaciones sobre el tratamiento prescrito por el médico especialista, así como la asistencia del usuario a la terapia

**7.14 Tratamiento**: Conjunto de alternativas terapéuticas que se prescriben y se emplean para atender enfermedades o padecimientos de medios terapéuticos o prescripciones que se emplean para curar enfermedades o padecimientos. Conjunto de medios de toda clase, higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades.

**7.15 Usuario.** Toda persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica especializada del centro de rehabilitación

**7.16 Valoración:** Primera fase para la toma de decisiones en el tratamiento de un usuario; las actividades y acciones que integran esta primera fase son la toma de datos y su verificación, clasificación y documentación. El objetivo es reunir información para identificar el problema sanitario

## 8.0 Anexos

**8.1** Formato Informe Mensual de actividades del Programa de Estimulación Múltiple Temprana.

## 8.1 Informe Mensual de actividades del Programa de Estimulación Múltiple Temprana.

**PRA-** DGR-**06-F1**

SALUD DIF Nacional

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

**PROGRAMA SUSTANTIVO DE ESTIMULACIÓN MÚLTIPLE TEMPRANA**

**Centro de Rehabilitación: (1)**_____ **Mes (2)**_____

| No. de expediente (3) | Edad del menor (4) | Fecha de ingreso al PEMT (5) | Tipo de Atención (6) | | Diagnóstico CIE 10 (7) | Sexo (8) | No. de sesiones otorgtadas en el PEMT (9) | Sesiones en camara multisensorial (10) | Motivos de alta (11) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 1 vez | Sub. | | | | | Reh. | Can. | Deserc. | Fall. |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Totales | | | | | | | | | | | | |

Nombre y firma del responsable del programa: (12)

Nombre y firma del Subdirector del Centro: (13)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE REPORTE MENSUAL DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION MULTIPLE TEMPRANA**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Nombre del Centro de Rehabilitación. |
| 2 | Mes al que corresponde el reporte. |
| 3 | Edad del menor. |
| 4 | Número del expediente clínico. |
| 5 | Fecha de ingreso al programa. |
| 6 | Primera vez o subsecuente según corresponda. |
| 7 | Diagnóstico del menor. |
| 8 | Género: colocar "M" para mujer y "H" para hombre. |
| 9 | Número de sesiones otorgadas en el PEMT en el mes del reporte. |
| 10 | Número de Sesiones en la cámara multisensorial. |
| 11 | Colocar el Número total de altas en el mes, de acuerdo al motivo de las mismas, por: rehabilitación, canalización, deserción o fallecimiento. |
| 12 | Nombre completo del responsable del programa. |
| 13 | Nombre completo del Subdirector del Centro. |

# 8. PROCEDIMIENTO PARA ATENDER A USUARIOS EN EL PROGRAMA ESCUELA PARA FAMILIAS CON HIJOS CON DISCAPACIDAD

| C CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Unificar criterios de procedimientos y establecer la secuencia de actividades para la aplicación y desarrollo del Programa Escuela para Familias con Hijos con Discapacidad, con la finalidad de potenciar las acciones de orientación y apoyo a los padres de familia con hijos con discapacidad, así como optimizar los recursos humanos destinados al mismo en los Centros de Rehabilitación.

## 2.0 Alcance

Aplica a todo el personal de los siguientes Centros:

Dirección de Rehabilitación

Subdirección de Unidades Operativas en los Estados.

Centros Nacionales Modelos de Atención, Investigación y Capacitación Iztapalapa, Gaby Brimmer, Ciegos y Débiles Visuales.

Centros de Rehabilitación y Educación Especial

Centros de Rehabilitación Integral

Centro de Rehabilitación e Integración Social

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

**3.1.-Dirección de Rehabilitación**

Cumplir con el Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias a través de este programa.
Recibir el Programa Anual de Trabajo de Escuela para Familias con Hijos con Discapacidad.
Recibir los informes mensuales del Programa Escuela para Familias con Hijos con Discapacidad.

**3.2.-Subdirección de Unidades Operativas en los Estados**

Analizar y sistematizar el Programa Anual de Trabajo de Escuela para Familias con Hijos con Discapacidad enviado.
Analizar y sistematizar los informes mensuales del Programa Escuela para Familias con Hijos con Discapacidad enviados.
Asesorar a los responsables de los centros de rehabilitación sobre la implementación del Programa Escuela para Familias con Hijos con Discapacidad enviados.
Informar a la Dirección de Rehabilitación sobre los avances del Programa Escuela para Familias con Hijos con Discapacidad.

**3.3 Subdirección del Centro de Rehabilitación:**
Garantizar la operación del Programa de Escuela para Familias con hijo con discapacidad respetando en todo momento sus derechos humanos.
Establecer coordinación intra y extra institucional para la cobertura del programa (en caso de ser necesaria).
Validar el programa anual de Escuela para Familias con hijo con discapacidad.
Validar los oficios para la coordinación intra y extra institucional para la operación del programa.(en caso de ser necesario)

**3.4.-Departamento de Valoración y Tratamiento:**
Detectar las principales causas de atención que se presentan en el Centro de rehabilitación, así como el impacto de estas patologías en la dinámica familiar para elaborar el Programa interno.
Designar un responsable del programa.
Integrar al equipo multidisciplinario para la operación del programa
Dar a conocer a todo el personal del Centro de Rehabilitación el contenido del programa de Escuela para Familias de Hijos con Discapacidad.
Coordinar y supervisar las sesiones de los integrantes del equipo multidisciplinario que participan en el programa
Reportar las acciones del programa en el formato mensual correspondiente, dentro de los primeros 5 días hábiles posteriores a la conclusión del mes.

**Da instrucciones al responsable del Programa de Escuela para Familias con Hijos con Discapacidad para:**
Conocer el procedimiento para la operación del Programa. de Escuela para Familias con Hijos con Discapacidad
Aplicar la Encuesta de Detección de Intereses y Necesidades de Capacitación del programa.
Elaborar el programa anual operativo interno de Escuela para Familias con Hijos con Discapacidad
Establecer coordinación con el Departamento de Valoración y Tratamiento para la elaboración y desarrollo del programa
Identificar a los padres o familiares de los usuarios con discapacidad candidatos a integrarse en el programa
Verificar el cumplimiento de las sesiones programadas.
Informar al área de Valoración y Tratamiento sobre el resultado de las sesiones desarrolladas acorde al programa.
Participar con el equipo mulitdisciplinario en las diferentes actividades del programa
Elaboración de informe mensual del programa**.**
Evaluar las acciones del programa iniciales y finales con el propósito de verificar el impacto y la eficacia del programa.

**Da instrucciones al Área Médica para:**
Conocer el procedimiento para la operación del Programa de Escuela para Familias con Hijos con Discapacidad
Participar en la elaboración del programa de Escuela para Familias con Hijos con Discapacidad
Conocer el programa interno de Escuela para Familias con Hijos con Discapacidad.
Canalizar a los padres de familia detectados con el responsable del programa para su integración al curso.
Participar en las actividades del programa.

**Da instrucciones al área de Trabajo Social para:**
Conocer el procedimiento para la operación del Programa de Escuela para Familias con Hijos con Discapacidad
Establecer la coordinación intra y extra institucional para la difusión del programa (en caso de ser necesario)
Realizar la difusión de las diferentes sesiones del programa en el Centro
Participar con el equipo multidisciplinario en las diferentes actividades del programa.
Realizar el control de asistencia de los participantes en el curso.
Realizar el seguimiento correspondiente a los padres o familiares que desertan del programa Escuela para Familias con Hijos con Discapacidad.
Apoyar al Responsable del Programa en la elaboración del informe mensual.

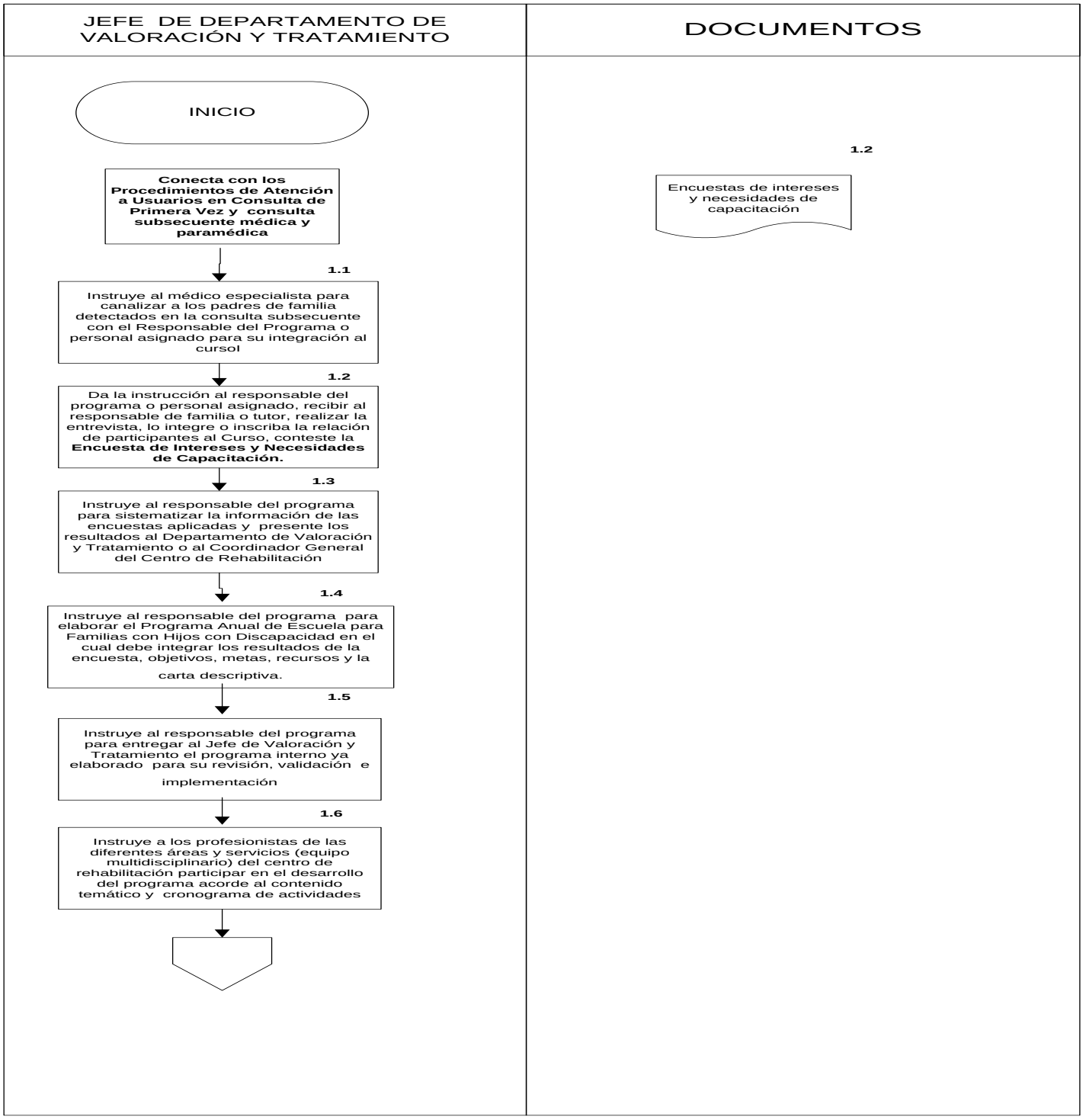
## 4.0 Descripción del procedimiento

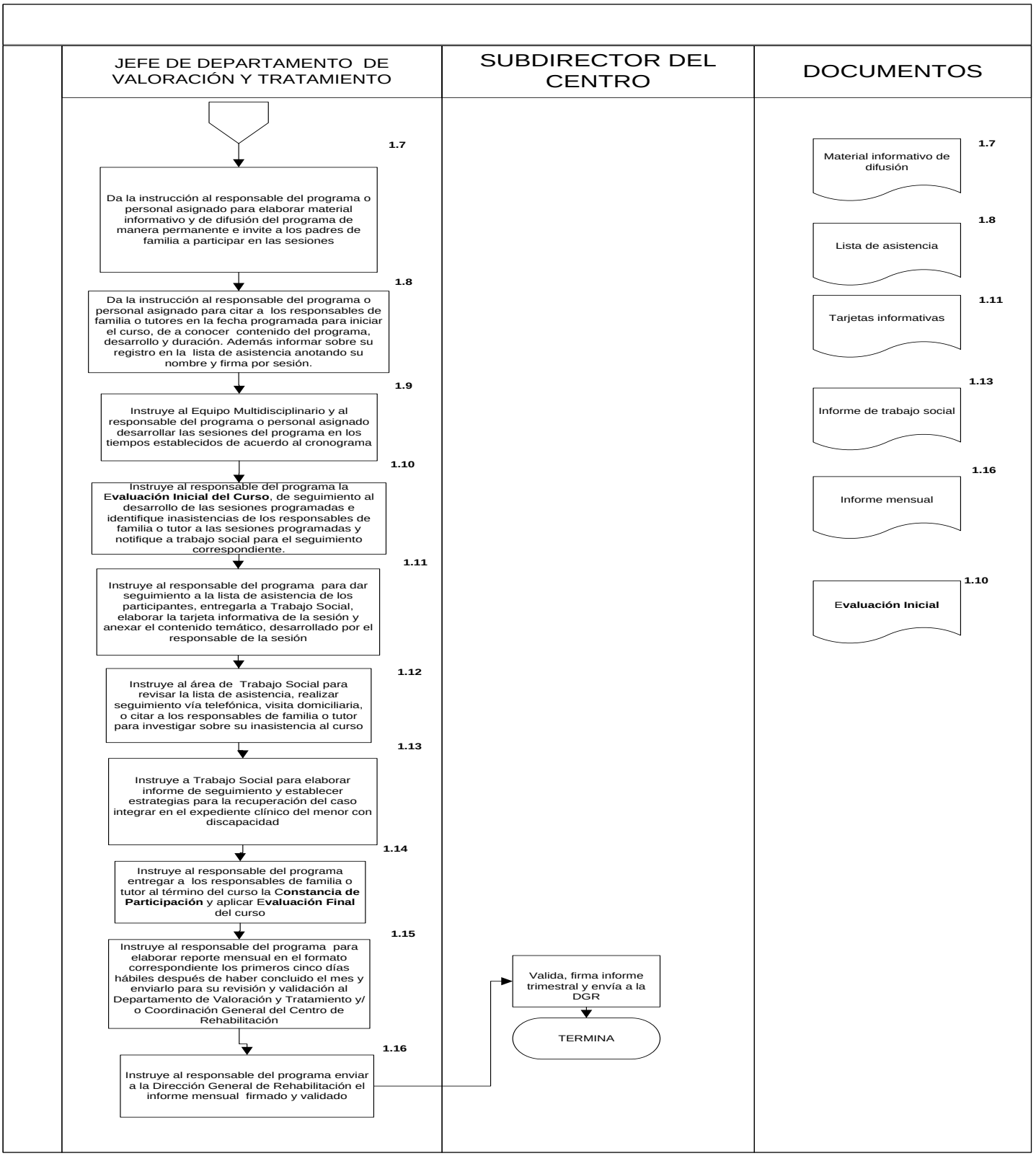
| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACION Y TRATAMIENTO | | **Conecta con los Procedimientos de Atención a Usuarios en Consulta de Primera Vez y consulta subsecuente médica y paramédica.** |
| | 1.1 | Instruye al médico especialista para canalizar a los padres de familia detectados en la consulta subsecuente con el Responsable del Programa o personal asignado para su integración al curso. Mismo día hábil |
| | 1.2 | Da la instrucción al responsable del programa o personal asignado, recibir al responsable de familia o tutor, realizar la entrevista, lo integre o inscriba la relación de participantes al Curso, conteste la Encuesta de Intereses y Necesidades de Capacitación. Mismo día hábil. |
| | 1.3 | Instruye al responsable del programa para sistematizar la información de las encuestas aplicadas y presente los resultados al Departamento de Valoración y Tratamiento o al Subdirector del Centro de Rehabilitación. **2 días hábiles** |
| | 1.4 | Instruye al responsable del programa para elaborar el Programa Anual de Escuela para Familias con Hijos con Discapacidad en el cual debe integrar los resultados de la encuesta, objetivos, metas, recursos y la carta descriptiva. 3 días hábiles. |
| | 1.5 | Instruye al responsable del programa para entregar al Jefe de Valoración y Tratamiento el programa interno ya elaborado para su revisión, validación e implementación. (1 día hábil). |
| | 1.6 | Instruye a los profesionistas de las diferentes áreas y servicios (equipo multidisciplinario) del centro de rehabilitación participar en el desarrollo del programa acorde al contenido temático y cronograma de actividades. Mismo día hábil |

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACION Y TRATAMIENTO. | 1.7 | Da la instrucción al responsable del programa o personal asignado para elaborar material informativo y de difusión del programa de manera permanente e invite a los padres de familia a participar en las sesiones. (1 día hábil). |
| | 1.8 | Da la instrucción al responsable del programa o personal asignado para citar a los responsables de familia o tutores en la fecha programada para iniciar el curso, da a conocer contenido del programa, desarrollo y duración. Además informar sobre su registro en la lista de asistencia anotando su nombre y firma por sesión. Mismo día hábil. |
| | 1.9 | Instruye al Equipo Multidisciplinario y al responsable del programa o personal asignado desarrollar las sesiones del programa en los tiempos establecidos de acuerdo al cronograma. (1 día hábil) |
| | 1.10 | Instruye al responsable del programa la Evaluación Inicial del Curso, de seguimiento al desarrollo de las sesiones programadas e identifique inasistencias de los responsables de familia o tutor a las sesiones programadas y notifique a trabajo social para el seguimiento correspondiente. Mismo día hábil |
| | 1.11 | Instruye al responsable del programa para dar seguimiento a la lista de asistencia de los participantes, entregarla a Trabajo Social, elaborar la tarjeta informativa de la sesión y anexar el contenido temático, desarrollado por el responsable de la sesión. Mismo día hábil. |
| | 1.12 | Instruye al área de Trabajo Social para revisar la lista de asistencia, realizar seguimiento vía telefónica, visita domiciliaria, o citar a los responsables de familia o tutor para investigar sobre su inasistencia al curso. (1 día hábil) |

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACION Y TRATAMIENTO | 1.13 | Instruye a Trabajo Social para elaborar informe de seguimiento y establecer estrategias para la recuperación del caso integrar en el expediente clínico del menor con discapacidad. Mismo día hábil |
| | 1.14 | Instruye al responsable del programa entregar a los responsables de familia o tutor al término del curso la Constancia de Participación y aplicar Evaluación Final del curso. Mismo día hábil |
| | 1.15 | Instruye al responsable del programa para elaborar reporte mensual en el formato correspondiente los primeros cinco días hábiles después de haber concluido el mes y enviarlo para su revisión y validación al Departamento de Valoración y Tratamiento. |
| | 1.16 | Envía a la Coordinación General del Centro de Rehabilitación, el informe validado para su firma. Mismo día hábil. |
| SUBDIRECTOR DEL CENTRO DEL CENTRO | 2.1 | Envía a la Dirección General de Rehabilitación el informe mensual firmado y validado. Mismo día hábil. |
| | | **TERMINA** |

## 5.0 Diagrama de Flujo




JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO
SUBDIRECTOR DEL CENTRO
DOCUMENTOS
1.7
Da la instrucción al responsable del programa o personal asignado para elaborar material informativo y de difusión del programa de manera permanente e invite a los padres de familia a participar en las sesiones
1.8
Da la instrucción al responsable del programa o personal asignado para citar a los responsables de familia o tutores en la fecha programada para iniciar el curso, de a conocer contenido del programa, desarrollo y duración. Además informar sobre su registro en la lista de asistencia anotando su nombre y firma por sesión.
1.9
Instruye al Equipo Multidisciplinario y al responsable del programa o personal asignado desarrollar las sesiones del programa en los tiempos establecidos de acuerdo al cronograma
1.10
Instruye al responsable del programa la Evaluación Inicial del Curso, de seguimiento al desarrollo de las sesiones programadas e identifique inasistencias de los responsables de familia o tutor a las sesiones programadas y notifique a trabajo social para el seguimiento correspondiente.
1.11
Instruye al responsable del programa para dar seguimiento a la lista de asistencia de los participantes, entregarla a Trabajo Social, elaborar la tarjeta informativa de la sesión y anexar el contenido temático, desarrollado por el responsable de la sesión
1.12
Instruye al área de Trabajo Social para revisar la lista de asistencia, realizar seguimiento vía telefónica, visita domiciliaria, o citar a los responsables de familia o tutor para investigar sobre su inasistencia al curso
1.13
Instruye a Trabajo Social para elaborar informe de seguimiento y establecer estrategias para la recuperación del caso integrar en el expediente clínico del menor con discapacidad
1.14
Instruye al responsable del programa entregar a los responsables de familia o tutor al término del curso la Constancia de Participación y aplicar Evaluación Final del curso
1.15
Instruye al responsable del programa para elaborar reporte mensual en el formato correspondiente los primeros cinco días hábiles después de haber concluido el mes y enviarlo para su revisión y validación al Departamento de Valoración y Tratamiento y/ o Coordinación General del Centro de Rehabilitación
1.16
Instruye al responsable del programa enviar a la Dirección General de Rehabilitación el informe mensual firmado y validado
Valida, firma informe trimestral y envía a la DGR
TERMINA
1.7
Material informativo de difusión
1.8
Lista de asistencia
1.11
Tarjetas informativas
1.13
Informe de trabajo social
1.16
Informe mensual
1.10
Evaluación Inicial

## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1. Ley General de Salud.** (D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.2. Ley de Asistencia Social.** (D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.3. Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.** (D.O.F. 29 de mayo de 2000. Última reforma 19 de agosto de 2010). |
| **6.4 Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.** (D.O.F. 11 de junio de 2003. Última reforma 27 de noviembre de 2007). |
| **6.5 Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.** (D.O.F. 25 de junio de 2002. Última reforma 24 de junio de 2009). |
| **6.6 Ley General de Población.** (D.O.F. 07 de Enero de 1974. Ultima reforma 25 de Mayo de 2011). |
| **6.7 Ley de Migración.** (D.O.F. 25 de mayo de 2011). |
| **6.8 Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.** (D.O.F. 01 de Febrero de 2007. Última reforma 28 de Enero de 2011) |
| **6.9 Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.** (D.O.F. 30 de mayo de 2011). |
| **6.10 Ley para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas.** (D.O.F. 27 de noviembre de 2007. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.11. Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.** (D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.12. Convención sobre los Derechos del Niño.** (D.O.F. 25 de enero de 1991). |
| **6.13 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**. (D.O.F. 2 de Mayo de 2008). |
| **6.14. Programa Sectorial de Salud 2007-2012** (D.O.F. 17 de enero de 2008). |
| **6.15 Reglamento del Consejo Ciudadano Consultivo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.** (D.O.F. 29 de Noviembre de 2006. Última reforma 16 Junio de 2010). |
| **6.16 Decreto por el que se crea el Sistema Nacional de Guarderías y Estancias Infantiles.** (D.O.F. 10 de Mayo de 2007). |
| **6.17 Norma Oficial Mexicana** 173-SSA1-1998 para la Atención a Personas con Discapacidad. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999.) |
| **6.18 Norma Oficial Mexicana** 167 SSA-1-1997 para la prestación de Servicios de Asistencia Social, para Menores y Adultos Mayores. (D.O.F. 17 de Noviembre de 1999). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## 7.0 Glosario

**7.1.-Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE):** Es la unidad prestadora de servicios de prevención de discapacidad, rehabilitación integral y educación especial. Constituye el tercer nivel de atención en servicios de rehabilitación.

**7.2.-Centro de Rehabilitación Integral (CRI):** Es la unidad prestadora de servicios de prevención de discapacidad y rehabilitación integral. Constituye el segundo nivel de atención en servicios de rehabilitación, así como la parte intermedia del sistema estatal o regional de los servicios de atención a personas con discapacidad..

**7.3.-Consulta de Primera Vez**: Es la atención proporcionada por primera vez al usuario por personal médico especializado en donde se elabora historia clínica, se dictamina el diagnóstico y propone tratamiento específico a seguir.

**7.4.-Diagnóstico:** Determina la situación clínica de una persona a través del examen de los signos y síntomas que presenta.

**7.5.-Discapacidad:** Es la limitación física permanente o temporal que impide la realización de las actividades de la vida diaria humana.

**7.6.-Equipo Multidisciplinario**: Profesionales del Centro de Rehabilitación, especializados en distintas áreas que interviene de manera conjunta en los programas sustantivos, análisis y toma de decisiones.

**7.7.- Escuela para Familias con Hijos con Discapacidad**: Son las acciones programadas de apoyo dirigidas hacia la familia de la persona con discapacidad, a través de un equipo multidisciplinario, con la finalidad de proporcionarle orientación y asesoría en beneficio de la población con discapacidad.

**7.8.- Grados de Discapacidad**: Es el nivel de restricción en el desempeño propio de la persona en relación con su edad y sexo, y se clasifican en: leve, moderada y severa:

1) Leve.- Cuando la reducción de la capacidad del individuo para desempeñar sus actividades cotidianas es mínima y no interfiere en su productividad.
2) Moderada.- Cuando la reducción de la capacidad del individuo limita parcialmente sus actividades cotidianas y su productividad.
3).Severa.- Cuando la reducción de la capacidad del individuo es tal que lo hace completamente dependiente y poco productivo.

**7.9.-Tipos de discapacidad**: Los tipos de discapacidad son los siguientes: motora, intelectual, visual, auditiva y de lenguaje, y múltiple.

**7.10.-Usuario:** Toda persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica especializada del Centro de Rehabilitación.

**7.11.-Valoración**: Primera fase para la toma de decisiones en el tratamiento de un usuario; las actividades y acciones que integran esta primera fase son la toma de datos y su verificación, clasificación y documentación. El objetivo es reunir información para identificar el problema sanitario que se presenta

## 8.0 Anexos

**8.1** Formato Encuesta de Intereses y Necesidades de Capacitación.

**8.2** Formato Reporte mensual del Programa Escuela para Familias con Hijos con Discapacidad.

## 8.1 Encuesta de Intereses y Necesidades de Capacitación.

PRA-DGR-08-F1

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
**DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN**
**SUBDIRECCIÓN DE UNIDADES OPERATIVAS EN LOS ESTADOS.**

**PROGRAMA DE ESCUELA PARA FAMILIAS CON HIJOS CON DISCAPACIDAD.**
**ENCUESTA DE INTERESES Y NECESIDADES DE CAPACITACIÓN**

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**
**1.Nombre del responsable de familia o tutor. _____**
**2.Nombre del usuario_____3.-Genero: (h) ( m) .4-Edad_____**
**5.N° de expediente:_____6.-escolaridad_____**
**7.Tipo de discapacidad: motora_____ intelectual____ visual_____ auditiva y de lenguaje_____ múltiple_____**
**8. Motivo por el que asiste al centro de rehabilitación:._____**

**instrucciones. : De los temas de capacitación que a continuación de presentan, marque con una cruz (x) aquellos que considere de su interés.**

| 9. TEMAS DE CAPACITACIÓN | (SI) | (NO) |
|---|---|---|
| 1.-Información institucional | | |
| 2.-El ciclo vital de la familia. | | |
| 3.--Dinámica de pareja y familia | | |
| 4.--La pareja ante el hijo con discapacidad. | | |
| 5.-La familia ante la discapacidad. | | |
| 6.--El proceso de duelo por discapacidad | | |
| 7.-Eetapas del desarrollo humano. | | |
| 8.-Alternativas de desarrollo para los hijos con discapacidad.- | | |
| 9.-Desarrollo psicoemocional de las personas con discapacidad. | | |
| 10.—Estilos de crianza en niños con discapacidad. | | |
| 11.—Manejo de límites y normas a los hijos con discapacidad. | | |
| 12.Iintegración escolar, social y laboral de la persona con discapacidad y del adulto mayor. | | |
| 13.-Importancia de la integración de los padres y familia en la rehabilitación del paciente con discapacidad. | | |
| 14.-Comunicación y familia | | |
| 15.Iimportancia de la autoestima y valores | | |
| 16.-Construcción de redes familiares y sociales. | | |
| 17.-Derechos humanos y discapacidad | | |
| 18.-Salud y discapacidad | | |
| 19.-Educación y discapacidad | | |
| 20.-Sexualidad y discapacidad. | | |
| 21.-Genero y discapacidad. | | |

**10.-Otros temas de interés _____**
**11.-El curso escuela para familias con hijos con discapacidad está por integrarse; de que manera le gustaría participar como: asistente_____ponente_____organizador_____otro_____**
**12.-No_____ ¿porqué?_____**
**13-.Nombre y cargo del aplicador: _____**
**14.-Lugar y fecha de aplicación de la encuesta_____**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE ENCUESTA DE INTERESES Y NECESIDADES DE CAPACITACIÓN**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Nombre completo del responsable de familia o tutor |
| 2 | Nombre del usuario de los servicios del centro. |
| 3 | Marcar “H” para hombre “M” mujer. |
| 4 | Edad del usuario atendido en el centro. |
| 5 | N° de expediente. |
| 6 | Grado y nivel de escolaridad del usuario. |
| 7 | Tipo de discapacidad o discapacidades que presenta |
| 8 | Motivo por el que asiste al centro de rehabilitación.- |
| 9 | Variedad de temas que “si” o “no” son del responsable de familia o tutor. |
| 10 | Uno o varios temas que proponga de acuerdo a su interés. |
| 11 | Seleccionar una o varias formas de integrarse al curso |
| 12 | Motivo por el que no desea participar en el curso. |
| 13 | Nombre y cargo del aplicador. |
| 14 | Lugar y fecha de aplicación de la encuesta |

## 8.2. Reporte mensual del Programa Escuela para Familias con Hijos con Discapacidad.

PRA-DGR-08-F2

SALUD DIF Nacional

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: (1) MES Y AÑO: (2)

| MODALIDAD DEL PROGRAMA (3) | | | TEMAS DE CAPACITACION DESARROLLADOS (4) | DURACION (HORAS) (5) | TOTAL DE EVENTOS DE CAPACITACION IMPARTIDOS (6) | | TOTAL DE ASISTENTES (7) | | | PONENTES DEL EVENTO DE CAPACITACION (8) | | TECNICAS DIDACTICAS EMPLEADAS (9) | | | TOTAL DE EVALUACIONES INICIALES (10) | TOTAL DE EVALUACIONES FINALES (11) | OBSERVACIONES CUALITATIVAS DE IMPACTO (12) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MODULOS | CURSOS | SESIONES | | | PROG (a) | REAL (b) | PROG (a) | REAL (b) | VAR % (c) | N° (a) | ÁREA A LA QUE PERTENECEN (b) | EXPOSITIVA | TALLER | OTRA (S) | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

TOTAL DE GRUPOS INTEGRADOS (13)

NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR GENERAL DEL CENTRO (14)

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACION Y TRATAMIENTO

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE REPORTE TRIMESTRAL DEL PROGRAMA ESCUELA PARA FAMILIAS CON HIJOS CON DISCAPACIDAD**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Nombre completo del centro de rehabilitación |
| 2 | Marcar con un “x” el mes correspondiente |
| 3 | Número total de cursos programados y realizados en el mes |
| 4 | Marcar con una “x” modalidad de enseñanza modulo y/o curso |
| 5 | Anotar los temas desarrollados del curso durante el mes. |
| 6 | Especificar tiempo real de las sesiones en horas por sesión y total |
| 7 | Número total de asistentes programados, reales y la desviación existente. |
| 8 | Número total de ponentes y área participante. |
| 9 | Marcar con una “x” la(s) técnica(s) didáctica(s) de apoyo y anotar otras empleadas en las sesiones |
| 10 | Numero de evaluaciones iniciales aplicadas |
| 11 | Número de evaluaciones finales aplicadas |
| 12 | Aclaraciones o justificaciones necesarias. |
| 13 | Nombre completo de los responsables del desarrollo del programa. |

# 9.- PROCEDIMIENTO PARA ATENDER A USUARIOS EN EL PROGRAMA DE INCLUSIÓN EDUCATIVA DE MENORES CON DISCAPACIDAD

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Unificar criterios de procedimientos y establecer la secuencia de actividades para la aplicación y desarrollo del Programa de Inclusión Educativa de Menores con Discapacidad, con la finalidad de potenciar sus acciones y optimizar los recursos humanos destinados al mismo en los Centros de Rehabilitación.

## 2.0 Alcance

Aplica a todo el personal de los siguientes Centros:

Dirección de Rehabilitación

Subdirección de Unidades Operativas en los Estados

Centros Nacionales Modelos de Atención, Investigación y Capacitación Iztapalapa, Gaby Brimmer, Ciegos y Débiles Visuales.

Centros de Rehabilitación y Educación Especial

Centros de Rehabilitación Integral

Centro de Rehabilitación e Integración Social

## Políticas de operación, normas y lineamientos

**3.1 Dirección de Rehabilitación**

Cumplir con el Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias a través de este programa.
Recibir los informes trimestrales del Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias.

**3.2 Subdirección de Unidades Operativas en los Estados**

Analizar y sistematizar los informes mensuales del Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias.
Asesorar a los responsables de los centros de rehabilitación sobre la implementación del Inclusión educativa de menores con discapacidad.
Informar a la Dirección de Rehabilitación sobre los avances del Programa de inclusión educativa de menores con discapacidad.

**3.3 Subdirección del Centro de Rehabilitación:**

Garantizar la operación del Programa de Inclusión Educativa de Menores con Discapacidad, a través de actividades intra y extra muros.
Establecer coordinación intra y extra institucional para ampliar la cobertura del programa.
Validar el programa de Inclusión Educativa de Menores con Discapacidad.
Validar los oficios para la coordinación intra y extra institucional para la operación del programa.

**3.4 Departamento de Valoración y Tratamiento:**

Elaborar el programa operativo interno de Inclusión Educativa de Menores con Discapacidad, con base al perfil de los recursos humanos del centro y a las necesidades de la población.

Dar a conocer a todo el personal del Centro de Rehabilitación el contenido del Programa de Inclusión Educativa de Menores con Discapacidad.

Designar un responsable así como la inclusión del equipo interdisciplinario para la operación del programa.

Coordinar y supervisar al personal que interviene en la operación del programa.

Reportar las acciones del programa en el formato correspondiente, dentro de los primeros 5 días hábiles posteriores a conclusión del trimestre.

**3.5 Instruye al responsable del Programa de Inclusión educativa de menores con discapacidad para:**

Elaborar el programa operativo interno de inclusión educativa de menores con discapacidad

Establecer coordinación con el departamento de valoración y tratamiento para la elaboración y el desarrollo del programa

Verificar el cumplimiento de las sesiones programadas.

Informar al Jefe de Valoración y Tratamiento sobre el resultado de las sesiones desarrolladas acorde al programa.

Evaluar las acciones del programa iniciales y finales con el propósito de verificar el impacto y la eficacia del programa.

**3.6 Instruye al área médica para:**

Conocer el procedimiento de Inclusión Educativa de Menores con Discapacidad

Participar en la elaboración del programa Inclusión Educativa de Menores con Discapacidad

Conocer el programa interno del programa Inclusión Educativa de Menores con Discapacidad

Participar en las actividades específicas del programa.

**3.7 Instruye a trabajo social para:**

Establecer la coordinación intra y extra institucional para la difusión del programa e informar al Depto. de Valoración y Tratamiento sobre el resultado de las visitas.

Realizar la difusión del programa en diferentes instancias educativas, recreativas, y de educación especial

Participar con el equipo interdisciplinario en las diferentes actividades del programa.

Realizar el seguimiento a los menores integrados al ámbito educativo, el cual incluye evaluar aspectos de accesibilidad en las escuelas integradoras, así como la aceptación del maestro y compañeros del niño con discapacidad con la finalidad de verificar la integración social.

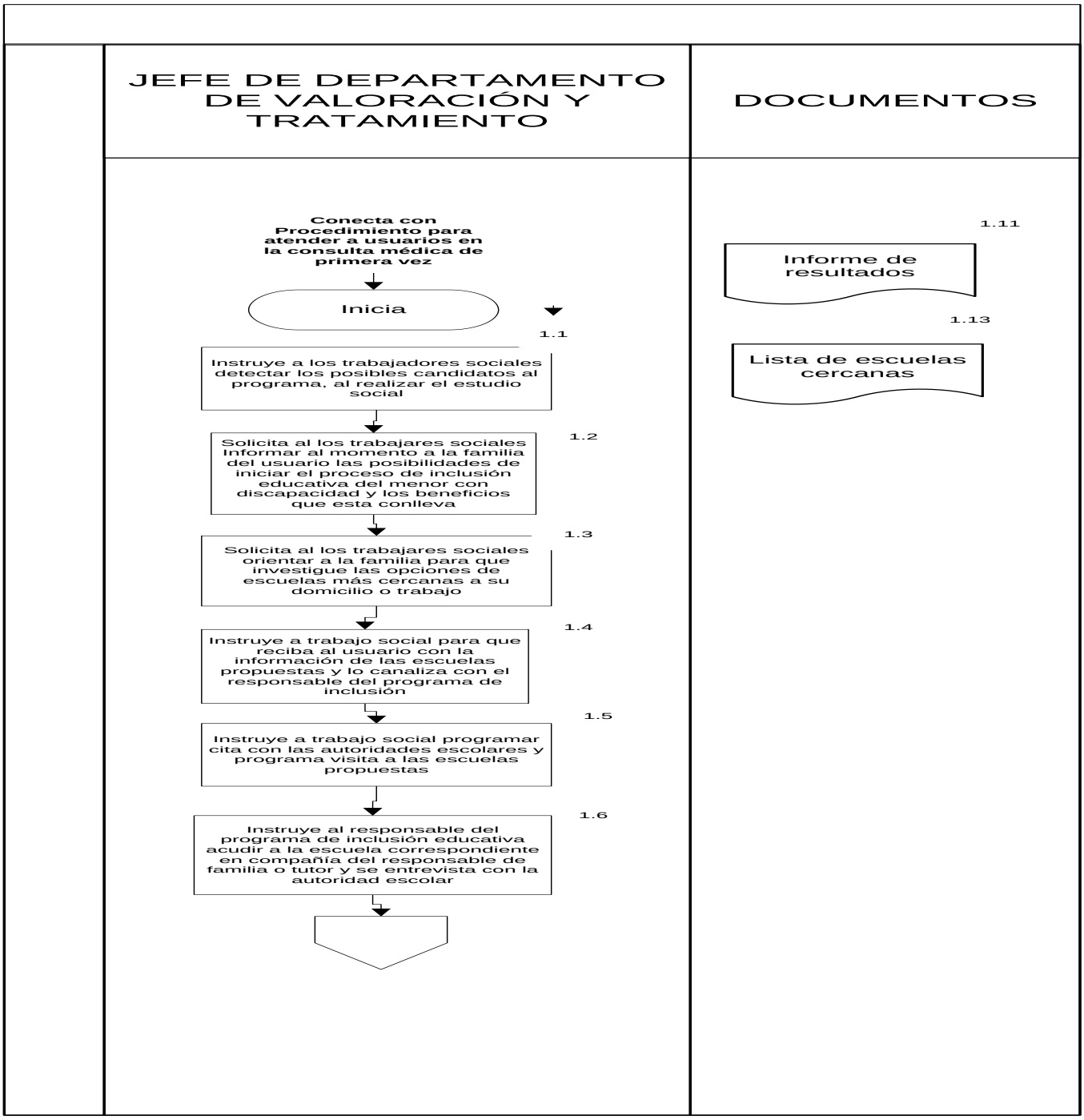
## 4.0 Descripción del procedimiento

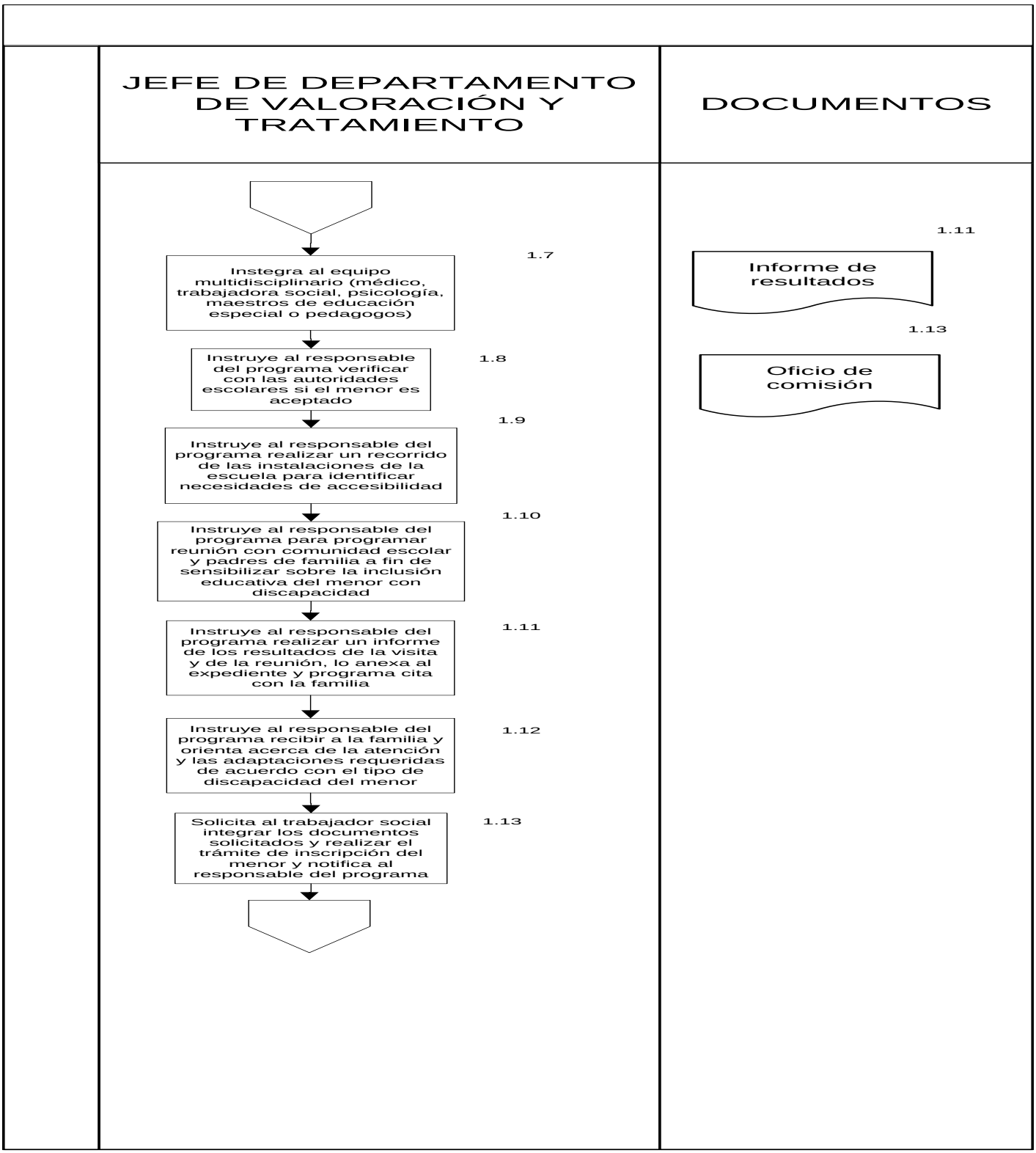
| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| | | **Conecta con procedimiento de Atención a Usuarios en Consulta Médica de Primera Vez** |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACION Y TRATAMIENTO | 1.1 | Instruye al los trabajadores sociales detectar los posibles candidatos al programa, al realizar el estudio social. Mismo día hábil |
| | 1.2 | Solicita al los trabajares sociales Informar al momento a la familia del usuario las posibilidades de iniciar el proceso de inclusión educativa del menor con discapacidad y los beneficios que esta conlleva. Mismo día hábil |
| | 1.3 | Solicita al los trabajares sociales orientar a la familia para que investigue las opciones de escuelas más cercanas a su domicilio o trabajo. Mismo día hábil |
| | 1.4 | Instruye a trabajo social para que reciba al usuario con la información de las escuelas propuestas y lo canaliza con el responsable del programa de inclusión. Mismo día hábil |
| | 1.5 | Instruye a trabajo social programar cita con las autoridades escolares y programa visita a las escuelas propuestas. Mismo día hábil. |
| | 1.6 | Instruye al responsable del programa de inclusión educativa acudir a la escuela correspondiente en compañía del responsable de familia o tutor y se entrevista con la autoridad escolar, le informa acerca de las necesidades y características del menor con discapacidad |
| | 1.7 | Integra al equipo multidisciplinario (médico, trabajadora social, psicología, maestros de educación especial o pedagogos), a fin de realizar una valoración integral. (1 día hábil) |

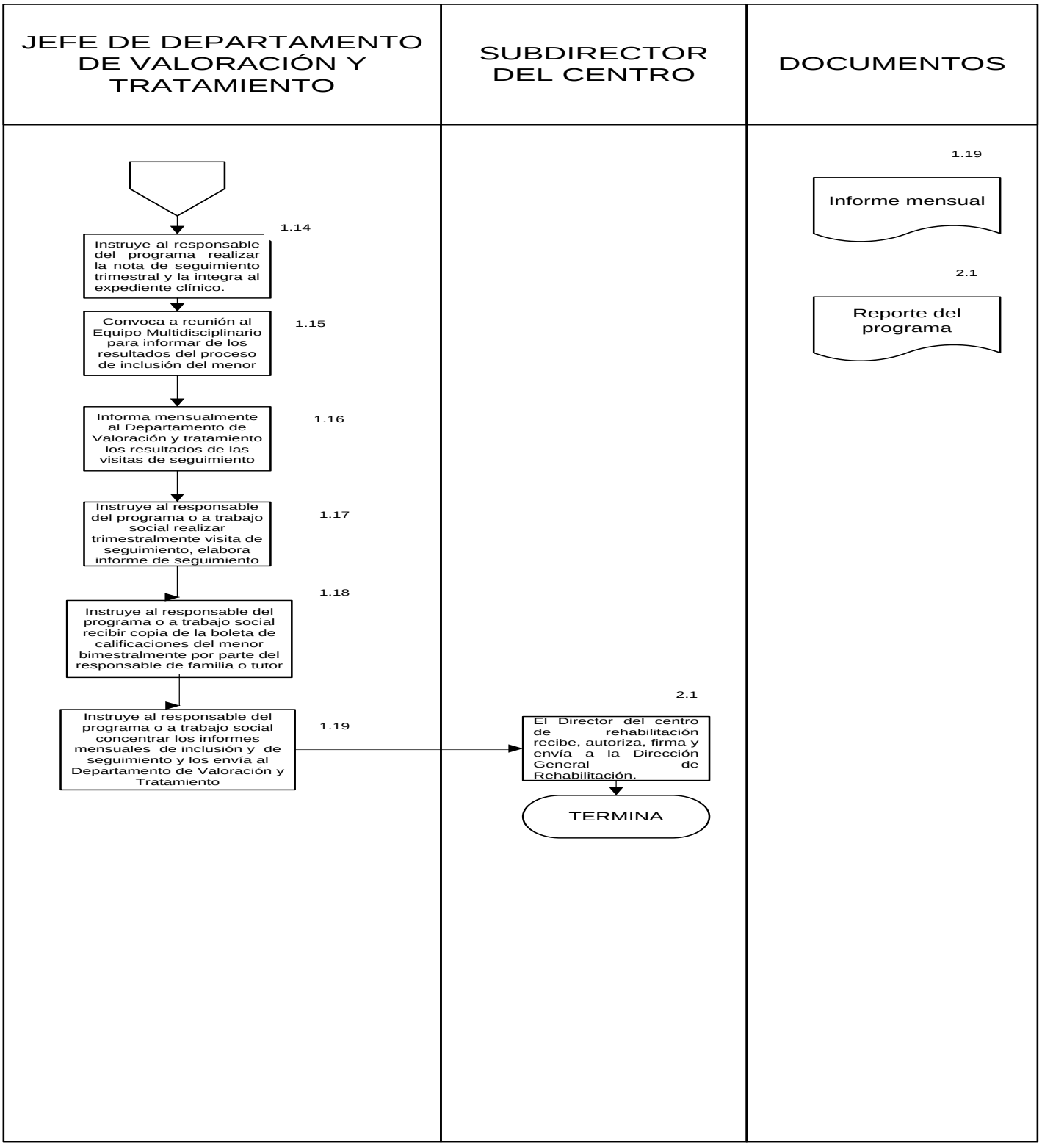
| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACION Y TRATAMIENTO | 1.8 | Instruye al responsable del programa verificar con las autoridades escolares si el menor es aceptado.<br><br>**Nota**: la aceptación de menores con discapacidad es obligatoria para las escuelas públicas como privadas y los padres son los responsables directos de la educación de su hijo (a). |
| | 1.9 | Instruye al responsable del programa realizar un recorrido de las instalaciones de la escuela para identificar necesidades de accesibilidad. |
| | 1.10 | Instruye al responsable del programa para programar reunión con comunidad escolar y padres de familia a fin de sensibilizar sobre la inclusión educativa del menor con discapacidad. |
| | 1.11 | Instruye al responsable del programa realizar un informe de los resultados de la visita y de la reunión, lo anexa al expediente y programa cita con la familia |
| | 1.12 | Instruye al responsable del programa recibir a la familia y orienta acerca de la atención y las adaptaciones requeridas de acuerdo con el tipo de discapacidad del menor. Mismo día hábil |
| | 1.13 | Solicita al trabajador social integrar los documentos solicitados y realizar el trámite de inscripción del menor y notifica al responsable del programa. |
| | 1.14 | Instruye al responsable del programa realizar la nota de seguimiento trimestral y la integra al expediente clínico. |
| | 1.15 | Convoca a reunión al Equipo Multidisciplinario para informar de los resultados del proceso de inclusión del menor. |
| | 1.16 | Informa mensualmente al Departamento de Valoración y tratamiento los resultados de las visitas de seguimiento. |

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD NO | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACION Y TRATAMIENTO | 1.17 | Instruye al responsable del programa o a trabajo social realizar trimestralmente visita de seguimiento, elabora informe de seguimiento y lo anexa al expediente. |
| | 1.18 | Instruye al responsable del programa o a trabajo social recibir copia de la boleta de calificaciones del menor bimestralmente por parte del responsable de familia o tutor para realizar la nota de seguimiento de la evaluación correspondiente y la integra al expediente. |
| | 1.19 | Instruye al responsable del programa o a trabajo social concentrar los informes mensuales de inclusión y de seguimiento y los envía al Jefe de Departamento de Valoración y Tratamiento. |
| SUBDIRECTOR DEL CENTRO | 2.1 | El Subdirector del Centro de rehabilitación recibe, autoriza, firma y envía al Director General de Rehabilitación, los informes mensuales de inclusión y de seguimiento.<br><br>**TERMINA** |

# DIAGRAMA DE FLUJO




JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO
DOCUMENTOS
Instegra al equipo multidisciplinario (médico, trabajadora social, psicología, maestros de educación especial o pedagogos)
1.7
Instruye al responsable del programa verificar con las autoridades escolares si el menor es aceptado
1.8
Instruye al responsable del programa realizar un recorrido de las instalaciones de la escuela para identificar necesidades de accesibilidad
1.9
Instruye al responsable del programa para programar reunión con comunidad escolar y padres de familia a fin de sensibilizar sobre la inclusión educativa del menor con discapacidad
1.10
Instruye al responsable del programa realizar un informe de los resultados de la visita y de la reunión, lo anexa al expediente y programa cita con la familia
1.11
Instruye al responsable del programa recibir a la familia y orienta acerca de la atención y las adaptaciones requeridas de acuerdo con el tipo de discapacidad del menor
1.12
Solicita al trabajador social integrar los documentos solicitados y realizar el trámite de inscripción del menor y notifica al responsable del programa
1.13
1.11
Informe de resultados
1.13
Oficio de comisión


JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO
SUBDIRECTOR DEL CENTRO
DOCUMENTOS
1.14
Instruye al responsable del programa realizar la nota de seguimiento trimestral y la integra al expediente clínico.
1.15
Convoca a reunión al Equipo Multidisciplinario para informar de los resultados del proceso de inclusión del menor
1.16
Informa mensualmente al Departamento de Valoración y tratamiento los resultados de las visitas de seguimiento
1.17
Instruye al responsable del programa o a trabajo social realizar trimestralmente visita de seguimiento, elabora informe de seguimiento
1.18
Instruye al responsable del programa o a trabajo social recibir copia de la boleta de calificaciones del menor bimestralmente por parte del responsable de familia o tutor
1.19
Instruye al responsable del programa o a trabajo social concentrar los informes mensuales de inclusión y de seguimiento y los envía al Departamento de Valoración y Tratamiento
2.1
El Director del centro de rehabilitación recibe, autoriza, firma y envía a la Dirección General de Rehabilitación.
TERMINA
1.19
Informe mensual
2.1
Reporte del programa

## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1. Ley General de Salud.** (D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.2. Ley de Asistencia Social.** (D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.3. Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.** (D.O.F. 29 de mayo de 2000. Última reforma 19 de agosto de 2010). |
| **6.4 Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.** (D.O.F. 11 de junio de 2003. Última reforma 27 de noviembre de 2007). |
| **6.5 Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.** (D.O.F. 25 de junio de 2002. Última reforma 24 de junio de 2009). |
| **6.6 Ley General de Población.** (D.O.F. 07 de Enero de 1974. Ultima reforma 25 de Mayo de 2011). |
| **6.7 Ley de Migración.** (D.O.F. 25 de mayo de 2011). |
| **6.8 Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.** (D.O.F. 01 de Febrero de 2007. Última reforma 28 de Enero de 2011) |
| **6.9 Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.** (D.O.F. 30 de mayo de 2011). |
| **6.10 Ley para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas.** (D.O.F. 27 de noviembre de 2007. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.11. Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.** (D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.12. Convención sobre los Derechos del Niño.** (D.O.F. 25 de enero de 1991). |
| **6.13 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**. (D.O.F. 2 de Mayo de 2008). |
| **6.14. Programa Sectorial de Salud 2007-2012** (D.O.F. 17 de enero de 2008). |
| **6.15 Reglamento del Consejo Ciudadano Consultivo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.** (D.O.F. 29 de Noviembre de 2006. Última reforma 16 Junio de 2010). |
| **6.16 Decreto por el que se crea el Sistema Nacional de Guarderías y Estancias Infantiles.** (D.O.F. 10 de Mayo de 2007). |
| **6.17 Norma Oficial Mexicana** 173-SSA1-1998 para la Atención a Personas con Discapacidad. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999.) |
| **6.18 Norma Oficial Mexicana** 167 SSA-1-1997 para la prestación de Servicios de Asistencia Social, para Menores y Adultos Mayores. (D.O.F. 17 de Noviembre de 1999). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## 7.0 Glosario

**7.1 Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE**): Es la unidad prestadora de servicios de prevención de discapacidad, rehabilitación integral y educación especial. Constituye el tercer nivel de atención en servicios de rehabilitación.

**7.2 Centro de Rehabilitación Integral (CRI):** Es la unidad prestadora de servicios de prevención de discapacidad y rehabilitación integral. Constituye el segundo nivel de atención en servicios de rehabilitación, así como la parte intermedia del sistema estatal o regional de los servicios de atención a personas con discapacidad.

**7.3 Grados de discapacidad:** Es el nivel de restricción en el desempeño propio de la persona en relación con su edad y sexo, y se clasifican en: leve, moderada y severa; 1) Leve, cuando la reducción de la capacidad del individuo para desempeñar sus actividades cotidianas es mínima y no interfiere en su productividad; 2) Moderada, cuando la reducción de la capacidad del individuo limita parcialmente sus actividades cotidianas y su productividad; 3) Severa, cuando la reducción de la discapacidad del individuo es tal que lo hace completamente dependiente y poco productivo.

**7.4 Tipos de discapacidad:** Los tipos de discapacidad son los siguientes: motora, intelectual, visual, auditiva y de lenguaje, y múltiple.

**7.5 Usuario**: Toda aquella persona, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

**7.6 Inclusión Educativa:** Proceso continuo y coordinado que se realiza en el Centro de Rehabilitación con un equipo interdisciplinario con la finalidad de integrar al menor con discapacidad a un ambiente educativo regular o especial.

**7.7. Educación inclusiva**: la educación garantiza el acceso, permanencia, participación y aprendizaje de todos los estudiantes con especial enfásis en aquello que están excluidos, marginados o en riesgo de estarlo, a través de la puesta en práctica de un conjunto de acciones orientadas a eliminar o minimizar las barreras que limitan el aprendizaje y la participación de los alunos y que surgen de la interacción entre los estudiantes y sus contextos; las personas, las políticas, las instituciones, las culturas y las prácticas..

**7.8 Escuela inclusiva**: Institución en la que todos los alumnos son ceptados, reconocidos en su singularidad, valorados y con posibilidades de participar en la escuela de acuerdo a sus posibilidades.

**7.9 Barreras para el aprendizaje y la participación**: todos aquellos factores del contexto que dificultan o limitan el pleno acceso a la educación y a las oportunidades de aprendizaje de niñas, niños y jóvenes.

**7.10 CAPEP:** Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar o Instancia equivalente en las Entidades Federativas. Son los encargados de apoyar el proceso de integración educativa de los alumnos que presentan necesidades educativas especiales, son considerados como servicios de apoyo de Educación Especial.

**7.11 USAER:** instancia técnico operativa de la Educación Especial que tiene como propósito impulsar y colaborar en el proceso de mejora y transformación de los contextos escolares de la Educación Básica Regular, proporcionando apoyos técnicos y metodológicos que garanticen una atención de calidad a la población y particularmente a aquellos alumnos que presenten discapacidad.

**7.12 Educación Especial**: servicio educativo destinado para los alumnos y alumnas que presenten necesidades educativas especiales, con mayor prioridad a los que presentan discapacidad o aquellos con aptitudes sobresalientes. Atiende a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones con equidad social.

## 8.0 Anexos

**8.1** Formato Informe trimestral de Menores con Discapacidad Integrados.

**8.2** Formato Guía de visitas a escuelas inclusivas.

## 8.1. Informe trimestral de Menores con Discapacidad Integrados.

**PRA-** DGR-**09-F1**

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

PROGRAMA SUSTANTIVO DE INCLUSIÓN EDUCATIVA DE MENORES CON DISCAPACIDAD

Centro de Rehabilitación: (1)_____ Mes (2)_____

| No. de Exp. (3) | Fecha de Integración (4) | Diagnóstico CIE 10 (5) | Tipo de discapacidad (6) | Edad (7) | Sexo (8) | | Tipo de integración (9) | | Grado (10) | Turno (11) | | Acciones de seguimiento | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | No.exp. (12) | Asistencia (13) | | Rendimiento escolar (14) | | | Tipos de apoyos recibidos (15) |
| | | | | | H | M | E | R | | V | M | | Regular | Irregular | Bueno | Regular | Malo | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Totales | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Responsable del programa_____(16) Subdirector del Centro_____(17)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE INFORME MENSUAL DEL PROGRAMA DE INCLUSION EDUCATIVA DE MENORES CON DISCAPACIDAD INTEGRADOS**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Nombre del Centro de Rehabilitación |
| 2 | Mes a reportar (enero, febrero, marzo, abril, etc.) |
| 3 | Fecha de integración |
| 4 | Número de expediente |
| 5 | Diagnóstico del menor con discapacidad |
| 6 | Tipo de discapacidad |
| 7 | La edad del menor en años |
| 8 | Marcar con una "X": "H" para hombre y "M" para mujer |
| 9 | Marcar con una "X": "E" para integración especial y "R" para integración regular |
| 10 | Colocar: "JN" si el menor se integró al Jardín de niños; "P" si se integró a la Primaria y "S" para secundaria. |
| 11 | Turno en el que se incluyó: "M" para Matutino y "V" para vespertino. |
| 12 | Número de expediente clínico que corresponda al menor al que se da seguimiento |
| 13 | Asistencia del menor a la escuela, marcar el rubro correspondiente: regular o irregular |
| 14 | Marcar con una "X" la casilla correspondiente a rendimiento escolar: bueno, regular o malo |
| 15 | Si recibió el menor apoyos en: USAER, CAM, grupos integradores o talleres |
| 16 | Nombre completo del responsable del programa |
| 17 | Nombre completo del Subdirector del Centro. |

**8.2 Guía de visitas a escuelas inclusivas.**

**PRA-** DGR-**09-F2**

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

**PROGRAMA DE INCLUSION EDUCATIVA DE MENORES CON DISCAPACIDAD**

**GUÍA DE VISITAS A ESCUELAS INCLUSIVAS**

| |
|---|
| Nombre del menor |
| Edad |
| Género |
| Diagnóstico |
| No. De expediente : |
| Grado escolar |
| Fecha: |
| No. de visita ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) |

**I.- Datos de la escuela**
Domicilio:
Teléfono
Nombre del director (a)
Nombre del maestro de grupo(a)

**II.- Ubicación de la escuela**
Tiempo de recorrido de la casa a la escuela
Tipos de traslado
Asistencia para traslados.

**III.- Objetivo general**
Verificar la inclusión educativa del menor con algún tipo de discapacidad en todas las actividades que corresponden al programa educativo integral.

**III.- Objetivos específicos**
Verificar la inscripción del menor con discapacidad en la escuela que solicito ingreso.
Orientar sobre las adaptaciones necesarias para el ingreso y permanencia del menor con discapacidad.
Verificar la participación de la familia en el proceso de inclusión del menor.
Orientar sobre la inclusión del menor con discapacidad a su medio escolar a maestros, compañeros y padres de familia.

**IV.- Alcances**
Autoridades escolares
Sociedad de padres de familia.
Consejo escolar
Equipos de apoyo al maestro (USAER, CAPEP).
Familia del menor con discapacidad incluido.

**V.- Estrategias**
Visita al plantel

Entrevistas con: el menor incluido, con compañeros de grupo, maestro de grupo de educación física y artística, padres de familia.

**Acciones sugeridas a realizar:**

Observación de:
- Áreas de la escuela ( entrada, patios, salones, baños, áreas de actividades académicas, recreativas, culturales, deportivas, artísticas, etc)).
- Ubicación del menor con discapacidad, dentro del salón, en el patio o en la actividad que esté realizando el grupo.

Entrevistas con:
- Director y maestros del menor para identificar su experiencia en la inclusión de menores con discapacidad, la necesidad de información sobre la discapacidad , y el aprovechamiento del menor incluido.
- Padres de familia de la población escolar.
- El menor con discapacidad para conocer su experiencia sobre la adaptación al medio escolar.
- Los padres para identificar su aceptación y participación en el proceso inclusivo de su hijo, y solicitar copia de la boleta de calificaciones correspondiente como referencia de su aprovechamiento.
- Verificar si el menor a tenido inasistencias programadas por estado de salud, eventos deportivos u otras causas.
- Verificar si el menor con discapacidad a requerido de la estrategia educativa denominada programa de casa en caso de inasistencias programadas o por otros motivos.

**VI.- Personal comisionado:**

| Nombre completo | No. de credencial | Firma |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Elaboró: Vo. Bo. Coordinador del Centro

_____ _____

Nombre y firma Nombre y firma

# 10- PROCEDIMIENTO PARA ATENDER A USUARIOS EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN E INCLUSIÓN LABORAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACÍON | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN,<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Unificar criterios de procedimientos y establecer la secuencia de actividades para la aplicación y desarrollo del Programa de Rehabilitación e Inclusión Laboral de las Personas con Discapacidad con la finalidad de potenciar sus acciones y optimizar los recursos humanos destinados al mismo en los Centros de Rehabilitación.

## 2.0 Alcance

Aplica a las siguientes instancias::

Dirección de Rehabilitación

Subdirección de Unidades Operativas en los Estados

Centros Nacionales Modelos de Atención, Investigación y Capacitación Iztapalapa, Gaby Brimmer, Ciegos y Débiles Visuales.

Centros de Rehabilitación y Educación Especial

Centros de Rehabilitación Integral

Centro de Rehabilitación e Integración Social

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

**3.1 Dirección de Rehabilitación**
Cumplir con el Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias a través de este programa.
Recibir los informes mensuales de Inclusión Laboral para las Personas con Discapacidad.

**3.2 Subdirección de Unidades Operativas en los Estados**
Analizar y sistematizar los informes trimestrales del Programa de Inclusión Laboral para las Personas con Discapacidad.
Asesorar a los responsables de los centros de rehabilitación sobre la implementación del Programa Inclusión Laboral para las Personas con Discapacidad.
Informar a la Dirección de Rehabilitación sobre los avances del Programa de Inclusión Laboral para las Personas con Discapacidad.

**3.3 Subdirección del Centro de Rehabilitación:**
Garantizar que el programa de Rehabilitación e Inclusión Laboral para las Personas con Discapacidad se brinde a los usuarios en forma oportuna, suficiente y con calidad.
Instruir al personal del Centro de Rehabilitación sobre la operación del Programa de Rehabilitación e Inclusión Laboral para las Personas con Discapacidad.
Validar el Programa Operativo Interno de Rehabilitación e Inclusión Laboral para las Personas con Discapacidad.
Formalizar la relación con las instancias laborales públicas y privadas.

**3.4 Departamento de Valoración y Tratamiento:**

Elaborar y dar a conocer a todo el personal del Centro de Rehabilitación, el Programa de Rehabilitación e Inclusión Laboral para las Personas con Discapacidad con base al perfil de los recursos humanos del Centro y a las necesidades de la población

Designar un responsable así como la inclusión del equipo multidisciplinario para la operación del programa.

Coordinar al personal del área médica del Centro para que elabore el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del usuario e informe a este y sus familiares las posibilidades de ser candidato a la inclusión del programa; así como la canalización respectiva de acuerdo al programa. Respetando los derechos humanos de los usuarios y sus familias.

Instruir al personal de trabajo social o consejeros en rehabilitación para realizar de la manera más eficiente posible, las acciones del programa que corresponden a esta área; favoreciendo la inclusión familiar y social del usuario.

Dirigir al área de evaluación psicológica para realizar de la manera más eficiente posible, las acciones del programa que corresponden a esta área; favoreciendo la inclusión familiar y social del usuario.

Reportar a la DGRAS las acciones del programa en el formato correspondiente, dentro de los primeros 5 días hábiles posteriores a conclusión del trimestre.

## 4.0 Descripción del procedimiento

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD NO. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| | | **Conecta con procedimiento de atención a usuarios de consulta médica de primera vez y subsecuente.** |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 1.1 | Instruye al personal del área médica para que canalice al usuario al área de Rehabilitación para el trabajo. 1 día hábil. |
| | 1.2 | Coordina a trabajo social o al consejero en rehabilitación para recibir al usuario, carnet de citas y expediente clínico, revisar el expediente y realizar entrevista inicial, elaborando diagnostico laboral y pronostico laboral. 1 día hábil. |
| | 1.3 | Instruye a trabajo social o al consejero determinar plan de rehabilitación profesional del usuario y enviarlo para que le apliquen pruebas de evaluación de aptitudes. 1 día hábil. |
| | 1.4 | Instruye a trabajo social o al consejero llenar SISP-13 con las actividades diarias. |
| | 1.5 | Instruye a trabajo social o al consejero impartir el curso de conocimiento del mundo del trabajo y/o orientación laboral de acuerdo al interés del usuario y enviarlo a evaluación de aptitudes con objetivo específico. 5 días hábiles. |
| | 1.6 | Instruye al psicólogo evaluador para recibir al usuario, revisar el expediente, notas clínicas, entrevistarlo y de acuerdo a la información obtenida determinar el sistema de evaluación y muestras de trabajo a aplicar según la discapacidad y características de la persona. 5 días hábiles. |
| | 1.7 | Instruye al psicólogo evaluador dar indicaciones sobre las muestras de trabajo y aplicarlas de acuerdo al caso. 1 día hábil. |

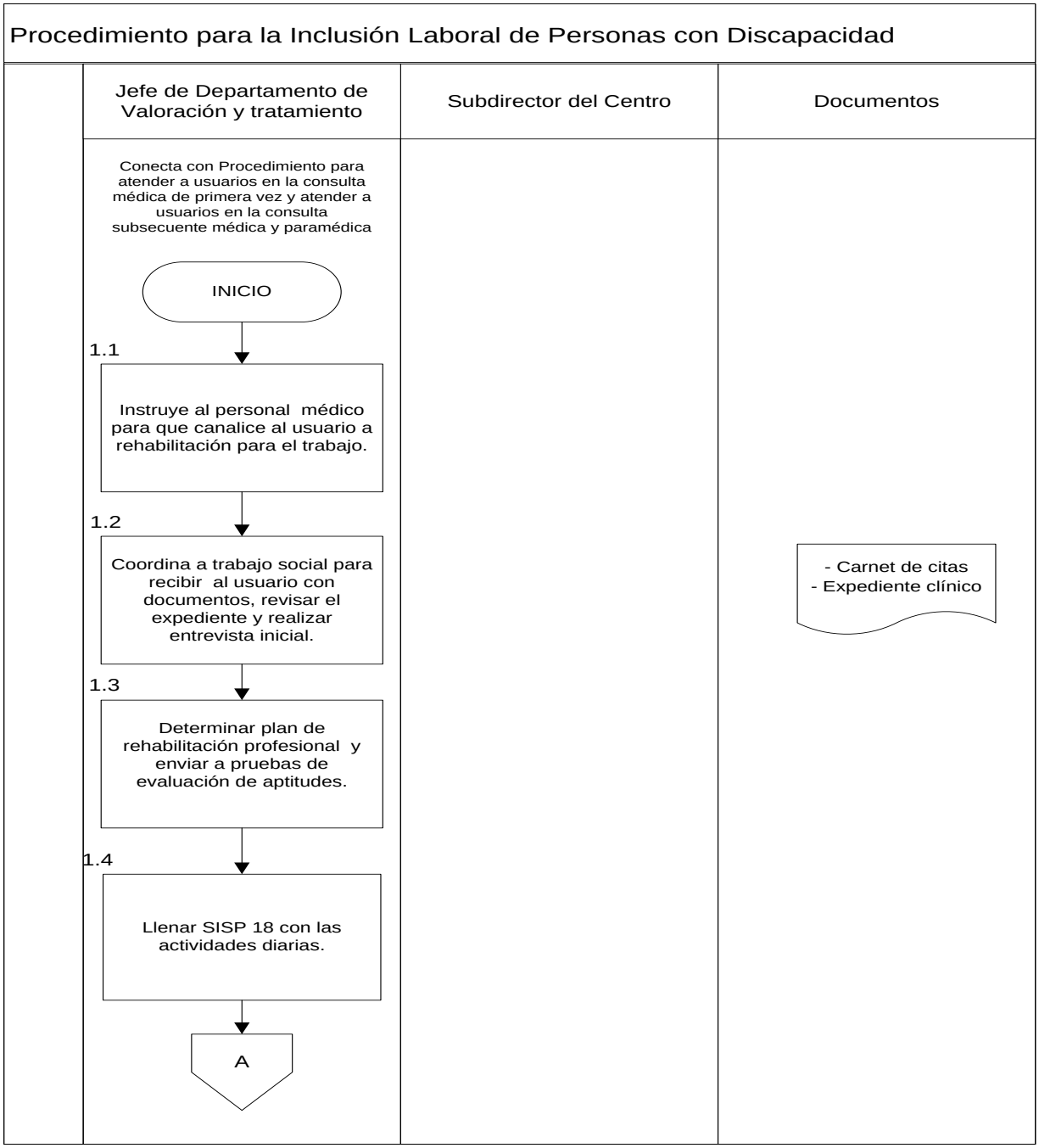
| RESPONSABLE | ACTIVIDAD NO | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 1.8 | Instruye al psicólogo evaluador llenar en el momento de la aplicación los registros de observaciones, conducta y actitud e indicar al usuario que de acuerdo con la cita programada se presente para los resultados de la evaluación. 1 día hábil. |
| | 1.9 | Instruye al psicólogo evaluador evaluar, analizar, comparar y registrar en hojas de respuestas, errores y tiempo de ejecución de la evaluación y elaborar informe de evaluación de aptitudes. 3 días hábiles. |
| | 1.10 | Instruye al psicólogo evaluador proporcionar tratamiento psicológico al usuario que lo requiera para facilitar su proceso de inclusión laboral. 1 a 10 días hábiles. |
| | 1.11 | Instruye al psicólogo evaluador llenar el SISP-14 con las actividades diarias. |
| | 1.12 | Instruye al psicólogo evaluador programar cita al usuario para la entrega de resultados. 1 día hábil. |
| | 1.13 | Instruye al psicólogo evaluador elaborar nota inicial y final, anexar el informe de aptitudes en el expediente clínico. 1 día hábil. |
| | 1.14 | Instruir al Consejero en Rehabilitación o Trabajo Social para recibir al usuario en la cita programada, analizar los resultados de la evaluación de aptitudes, informar las posibles alternativas de acuerdo al resultado. 1 día hábil. |
| | 1.15 | Instruye al Consejero en Rehabilitación o Trabajo Social continuar con el plan de rehabilitación profesional. 1 día hábil |

| RESPONSABILIDAD | ACTIVIDAD NO. | DEASRROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | | **¿El usuario es candidato a capacitación?** |
| | | **No** |
| | 1.16 | Instruye al Consejero en Rehabilitación o Trabajo Social orientar al usuario sobre las diferentes alternativas acorde a sus características e intereses. 1 día hábil |
| | 1.17 | **Si**<br>Instruye al Consejero en Rehabilitación o Trabajo Social informar las opciones al usuario de cursos de capacitación indicándole los documentos personales y trámites necesarios para su inscripción y se le programa cita subsecuente. 1 día hábil. |
| | 1.18 | Instruye al Consejero en Rehabilitación o Trabajo Social recibir al usuario, revisar documentación solicitada y enviarlo al Centro de capacitación correspondiente. 1 día hábil. |
| | 1.19 | Instruye al Consejero en Rehabilitación o Trabajo Social programar el seguimiento de la capacitación vía telefónica o presencial. 1 día hábil. |
| | 1.20 | Instruye al Consejero en Rehabilitación o Trabajo Social al término de la capacitación, solicitar al usuario se presente al servicio para iniciar con el proceso de inserción laboral. De 1 a 30 días hábiles o más dependiendo del tipo y severidad de la discapacidad.<br><br>Se conecta con actividad No. 1.4.7<br><br>**¿El usuario es candidato a empleo competitivo?** |

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD NO. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 1.22 | **SI**<br>Instruye al Consejero en Rehabilitación o Trabajo Social recibir al usuario, proporcionar sesiones de entrenamiento mediante cursos para conseguir, conservar y progresar en el empleo y programar cita subsecuente. De 1 a 10 días hábiles. |
| | 1.23 | Instruye al Consejero en Rehabilitación o Trabajo Social realizar visitas a las empresas para sensibilizar y dar a conocer el programa, conocer las condiciones de trabajo, responsabilidades o derechos y obligaciones laborales. De 1 a 5 días hábiles. |
| | 1.24 | Instruye al Consejero en Rehabilitación o Trabajo Social realizar visitas para identificación y análisis de puestos, solicitud de entrenamiento y trámites de ingreso al trabajo. De 1 a 5 días hábiles. |
| | 1.25 | Instruye al Consejero en Rehabilitación o Trabajo Social emitir sugerencias sobre modificaciones o adaptaciones al puesto de trabajo, así como arquitectónicas, en caso de ser necesario impartir talleres de sensibilización. De 1 a 3 días hábiles<br><br>**¿El usuario acepta propuesta?** |
| | 1.26 | **NO**<br>Instruye al Consejero en Rehabilitación o Trabajo Social buscar otras alternativas para el empleo competitivo. De 1 a 30 días hábiles o más dependiendo del tipo y severidad de la discapacidad. |
| | 1.27 | **SI** |
| | 1.28 | Instruye al Consejero en Rehabilitación o Trabajo Social enviar al usuario a la empresa para su inclusión laboral. 1 día hábil. |

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD NO. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| | 1.29 | Instruye al Consejero en Rehabilitación o Trabajo Social realizar notas subsecuentes de las visitas a las empresas sobre el resultado del avance del plan de rehabilitación, así como informes de los resultados de las mismas. 1 día hábil. |
| | 1.30 | Instruye al Consejero en Rehabilitación o Trabajo Social revisar y analizar el caso en la fecha acordada. 1 día hábil. |
| | | **¿Procede alta del usuario?** |
| | | **NO** |
| | 1.31 | Instruye al Consejero en Rehabilitación o Trabajo Social continuar el seguimiento. |
| | | **SI** |
| | 1.32 | Instruye al Consejero en Rehabilitación o Trabajo Social realizar nota subsecuente mencionando el motivo de alta. 1 día hábil. |
| | 1.33 | Instruye al Consejero en Rehabilitación o Trabajo Social reunir la información realizada en el programa durante el mes, que se va a reportar en los formatos correspondientes. De 1 a 3 días hábiles. |
| | 1.34 | Entregar el formato mensual requisitado al Subdirector del centro para su aprobación. 1 día hábil |
| SUBDIRECTOR DEL CENTRO | 2.1 | Revisa el formato requisitado, firma y envía al Director General de Rehabilitación. 3 día hábiles |
| | | **TERMINA** |

## 5.0 Diagrama de Flujo



## Procedimiento para la Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad

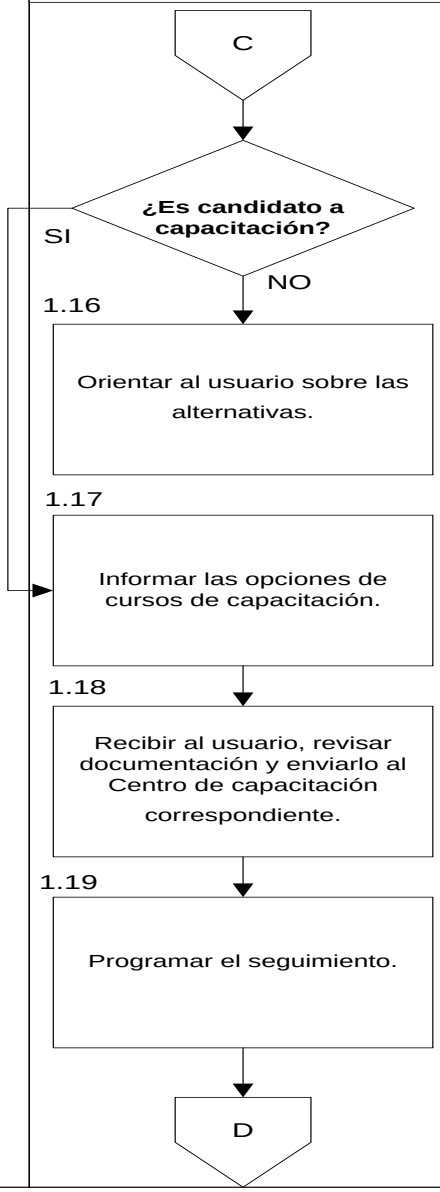
| JEFE DE DEPARTAMENTO | SUBDIRECTOR DEL CENTRO | Documentos |
|---|---|---|
| A | | |
| 1.5 Impartir el curso de acuerdo al interés del usuario y enviarlo a evaluación de aptitudes con objetivo específico. | | |
| 1.6 Dirigir al psicólogo evaluador para recibir al usuario, revisar expediente y notas clínicas, y determinar el sistema de evaluación. | | - Notas clínicas |
| 1.7 Dar indicaciones sobre las muestras de trabajo y aplicarlas | | - Expediente clínico |
| 1.8 Llenar los registros e indicar al usuario que se presente para los resultados. | | |
| 1.9 Evaluar, registrar errores y tiempo de ejecución de la evaluación, y elaborar informe. | | -Evaluación de aptitudes |
| B | | |

## Procedimiento para la Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad

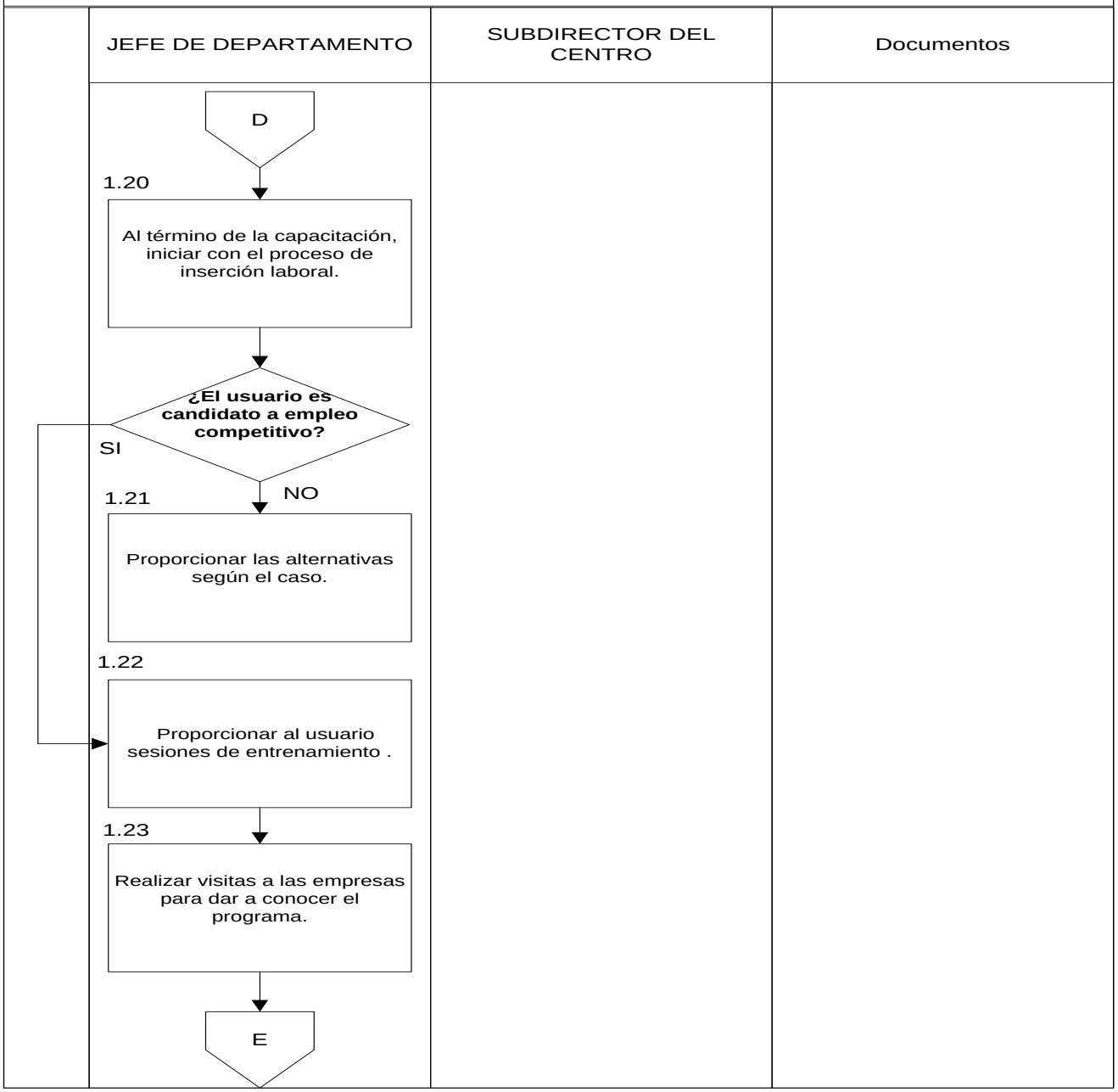
| JEFE DE DEPARTAMENTO | SUBDIRECTOR DEL CENTRO | Documentos |
|---|---|---|
| B | | |
| 1.10 Proporcionar tratamiento psicológico al usuario que lo requiera. | | |
| 1.11 Llenar el SISP-14 con las actividades diarias. | | -Expediente clínico |
| 1.12 Programar cita al usuario para la entrega de resultados. | | |
| 1.13 Elaborar notas y anexar el informe de aptitudes en el expediente clínico. | | -Evaluación de aptitudes |
| 1.14 Instruir a trabajo social para recibir al usuario, analizar la evaluación e informar las alternativas. | | - SISP-14 |
| 1.15 Continuar con el plan de rehabilitación profesional | | |
| C | | |

## Procedimiento para la Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad

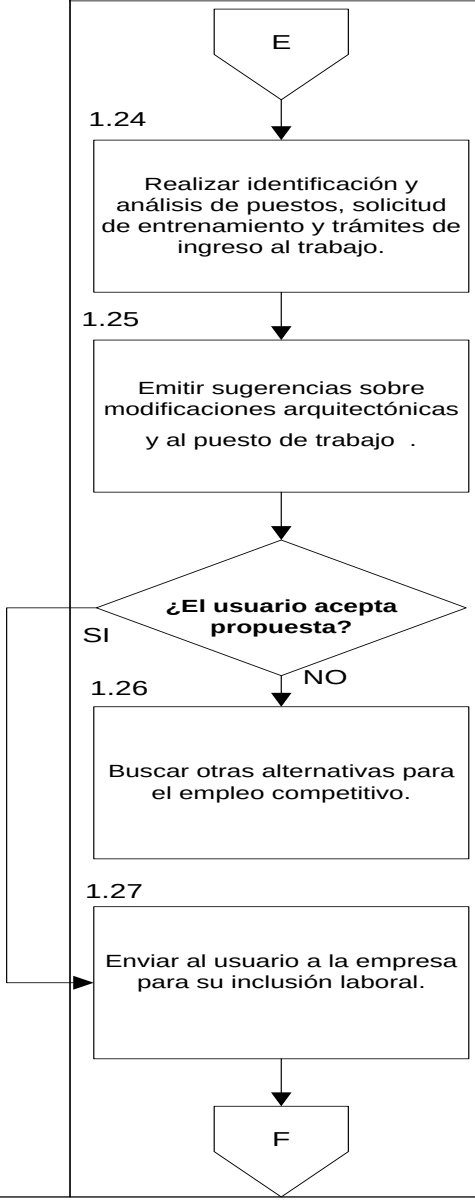
| JEFE DE DEPARTAMENTO | SUBDIRECTOR DEL CENTRO | Documentos |
|---|---|---|



## Procedimiento para la Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad

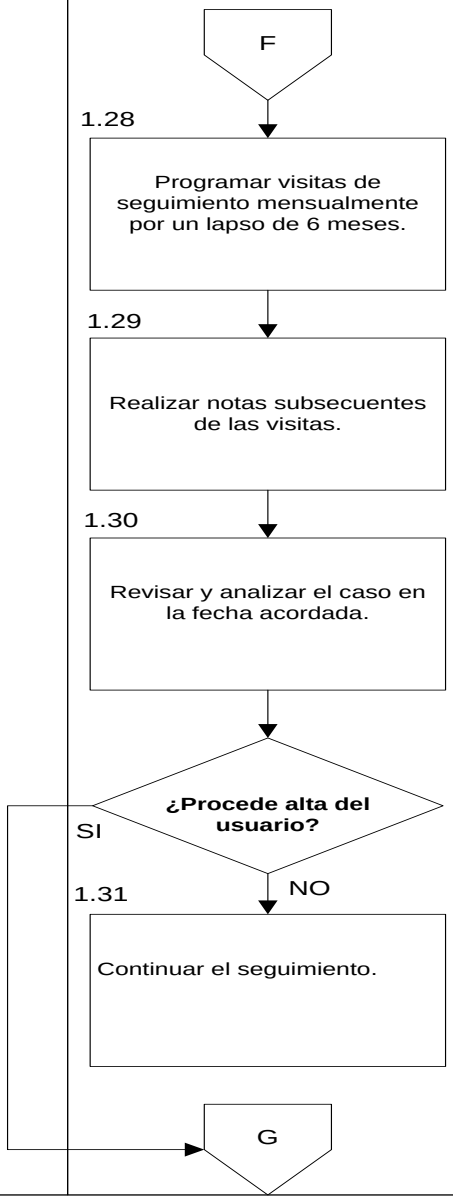


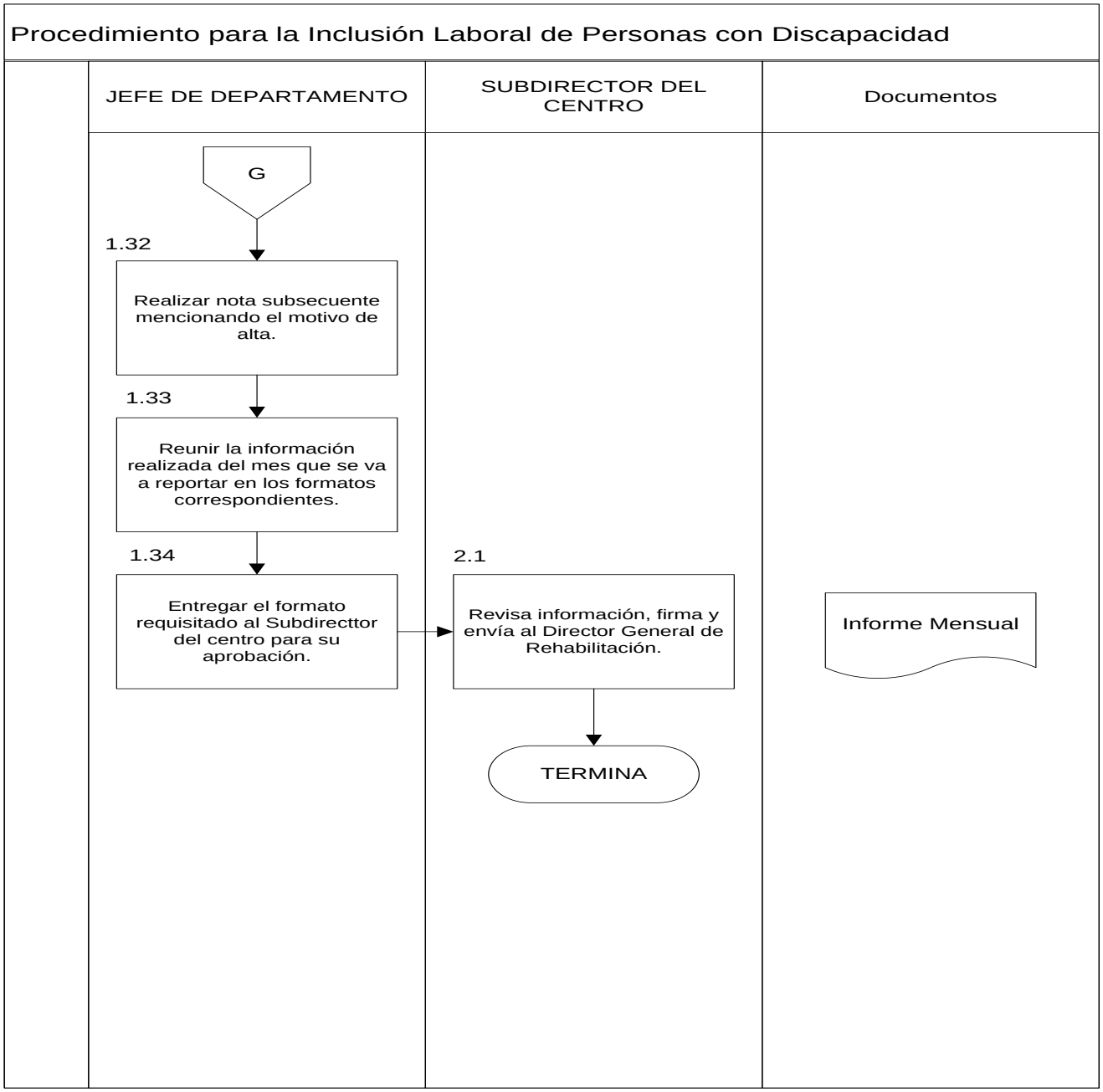
## Procedimiento para la Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad



## Procedimiento para la Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad

| JEFE DE DEPARTAMENTO | SUBDIRECTOR DEL CENTRO | Documentos |
|---|---|---|




Procedimiento para la Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad
JEFE DE DEPARTAMENTO
SUBDIRECTOR DEL CENTRO
Documentos
G
1.32
Realizar nota subsecuente mencionando el motivo de alta.
1.33
Reunir la información realizada del mes que se va a reportar en los formatos correspondientes.
1.34
Entregar el formato requisitado al Subdirecttor del centro para su aprobación.
2.1
Revisa información, firma y envía al Director General de Rehabilitación.
Informe Mensual
TERMINA

## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1** Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.<br>(D.O.F. 29 de diciembre de 1976. Última reforma 17 de junio de 2009). |
| **6.2** Ley General de Salud.<br>(D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.3** Ley de Asistencia Social.<br>(D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.4** Ley de Coordinación Fiscal.<br>(D.O.F. 27 de Diciembre de 1978. Última reforma 24 de Junio de 2009). |
| **6.5** Ley de Planeación.<br>(D.O.F. 5 de enero de 1983. Última reforma 20 de junio de 2011). |
| **6.6** Ley Federal de las Entidades Paraestatales.<br>(D.O.F. 14 de mayo de1986. Última reforma 28 de noviembre de 2008). |
| **6.7** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de Sector Público.<br>(D.O.F. 4 de enero de 2000. Última reforma 15 de junio de 2011). |
| **6.8** Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.<br>(D.O.F. 13 Marzo del 2002. Última reforma 28 de Mayo de 2009). |
| **6.9** Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.<br>(D.O.F. 11 de junio de 2002. Última reforma 5 de julio de 2010). |
| **6.10** Ley General de Bienes Nacionales.<br>(D.O.F. 20 de mayo de 2004. Última reforma 31 de agosto de 2007). |
| **6.11** Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.<br>(D.O.F. 30 de Marzo de 2006. Última reforma 31 de Diciembre de 2008). |
| **6.12** Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011.<br>(D.O.F. 15 de Octubre de 2010). |
| **6.13** PRESUPUESTO de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011.<br>(D.O.F. 7-12-2010). |
| **6.14** Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.<br>(D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.15** Condiciones Generales de Trabajo (2008-2010). |
| **6.16** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.17** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.18** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## Glosario

**7.1 Adaptación al puesto de trabajo**: La adaptación del puesto de trabajo consiste en eliminar barreras y modificar las condiciones del proceso de trabajo para que pueda ser realizado por un trabajador/a con discapacidad.

**7.2 Alta:** Es la decisión que se toma después de una valoración a un usuario para el término de su atención del servicio.

**7.3 Análisis de puestos:** Técnica mediante la cual se definen y ordenan científicamente las actividades que integran una unidad de trabajo específica e impersonal; así como los requisitos (conocimientos, experiencias, habilidades, etc.) que debe cubrir una persona que va a desempeñar el puesto y las condiciones ambientales del sistema donde se encuentre.

**7.4 Aptitud:** Todo carácter físico o psíquico considerado desde el ángulo del rendimiento. Disposición innata heredada.

**7.5 Atención médica de primera vez**: conjunto de servicios que se proporcionan al usuario por primera vez, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud

**7.6 Capacidad residual:** Habilidad subsistente en una persona, después de la enfermedad o accidente que provocó su discapacidad.

**7.7 Capacitación:** Es un proceso educativo a corto plazo, aplicado de manera sistemática y organizada, mediante el cual las personas aprenden conocimientos, actitudes y habilidades, en función de objetivos definidos. El entrenamiento implica la transmisión de conocimientos específicos relativos al trabajo, actitudes frente a aspectos de la organización, de la tarea y del ambiente, y desarrollo de habilidades. Cualquier tarea, ya sea compleja o sencilla, implica necesariamente estos tres aspectos.

**7.8 Carnet de Citas:** Documento donde se señala nombre, RFC, día, hora y lugar para todo tipo de atención que se proporcione en los Centros de Rehabilitación.

**7.9 Consejero en Rehabilitación:** Es el profesionista que se encarga de dar información a los usuarios que pretenden capacitarse o colocarse laboralmente, orienta y guía a la persona con discapacidad desde que llega al servicio, hasta su inclusión laboral, brinda consultoría a las empresas, promueve la participación del equipo multidisciplinario para lograr la inclusión laboral de las personas con discapacidad.

**7.10 Deserción:** Abandono del usuario a los servicios que le proporciona el Centro de Rehabilitación. Sucede cuando no se tenga noticia del usuario en un lapso mínimo de 6 meses posteriores a la última cita programada a la que no acudió.

**7.11 Diagnóstico:** Determina la situación laboral de una persona a través de la evaluación de sus habilidades y aptitudes para el trabajo.

**7.12 Evaluación de habilidades y aptitudes**: Buscan evaluar el grado de nociones, conocimientos y habilidades adquiridas a través de estudios, prácticas o ejercicios del candidato. Este tipo de pruebas pueden ser orales, escritas o de ejecución.

**7.13 Expediente Clínico:** Documento oficial, de carácter legal, confidencial, propiedad de la Institución que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias que constituyen una herramienta de obligatoriedad para los sectores públicos, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

**7.14 Habilidad**: Es la pericia aprendida que comprende la mayor parte del repertorio de conductas ocupacionales de cada persona

**7.15 Inclusión Laboral**: Es la acción de ubicar a un usuario en un empleo después de su proceso rehabilitatorio, Los procesos de rehabilitación para la incorporación laboral o profesional comprenderán entre otras, las etapas siguientes:

I. Los tratamientos de rehabilitación médico-funcional específico para la incorporación de alguna función laboral;
II. La orientación ocupacional y vocacional;
III. La formación, readaptación y reeducación ocupacional;
IV. La ubicación de acuerdo a la aptitud y actitud de la persona con discapacidad;
V. Efectuar el seguimiento y evaluación del proceso de incorporación, desde el punto de vista físico, psicológico y laboral del discapacitado.

**7.16 Junta de Valoración**: Reunión programada de un equipo multidisciplinario con la finalidad de analizar y decidir ingreso, tratamiento o alta de un usuario.

**7.17 Orientación vocacional**: Proceso destinado a elegir una futura profesión, combinando las expectativas laborales e intereses vocacionales del usuario, con sus preferencias, habilidades y conocimientos, así como con las demandas del mercado laboral.

**7.18 Psicólogo Evaluador**: Es el Licenciado en Psicología que se especializa en la evaluación de las aptitudes y habilidades del individuo con discapacidad, logrando proponer alternativas de capacitación e inclusión laboral.

**7.19 Rehabilitación laboral**: Es un proceso que permite a las personas con discapacidad obtener y conservar un empleo adecuado, progresar en el mismo y así como, promover la inclusión o reinclusión social.

**7.20 Trabajo:** El término 'trabajo' aquí se refiere al concepto de trabajo económico, es decir a toda actividad generadora de bienes y servicios que, al contribuir al sustento de la persona que realiza la actividad, puede ser descrita como una ocupación. Incluye a cualquier categoría o posición, es decir tanto al trabajo independiente como al trabajo subordinado.

**7.21 Usuario:** Toda persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica especializada del Centro de Rehabilitación.

## 8.0 Anexos

**8.1** Formato Registro del programa sustantivo de inclusión laboral para personas con discapacidad.

**8.2** Formato Registro diario de actividades de consejería en rehabilitación, SISP-13

**8.3** Formato Registro diario de actividades del Psicólogo Evaluador, SISP-14

## 8.1.- Registro del programa sustantivo de inclusión laboral para personas con discapacidad.

PRA-DGR-10-F1

SALUD DIF Nacional

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

Vivir Mejor

PROGRAMA DE INCLUSIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

CREE: (1) _____. Trimestre: (2) _____.

| No. de expediente (3) | Trámite (4) | | Integrado a capacitación (5) | | | | | | Integrado al empleo (6) | | | | | | Género (7) | | Edad (8) | Empleador (9) | | | Sector productivo (10) | | | | Acciones de seguimiento (11) | | | | Informes psicología (12) | | | Acciones de promoción y sensibilización (13) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Primera vez | Subsecuente | Motora | Visual | Auditiva | Intelectual | Otro | | Motora | Visual | Auditiva | Intelectual | Otro | | Masculino | Femenino | | Iniciativa Privada | Gobierno | Autoempleo | Primario | Secundario | Terciario | Otro | Visitas domiciliarias | Visitas centros de | Visitas laborales | Llamadas telefónicas | Evaluación de aptitudes | Orientación Vocacional | Informe de resultados | Dependencias | Sindicatos | Otros |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Totales: (14) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | N/A | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |

Responsable del programa_(15)_____ Subdirector del Centro_(16)_____

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL PROGRAMA DE INCLUSIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON DISPACIDAD

| NÚMERO | DEBE ANOTAR |
|---|---|
| 1 | Nombre del Centro de Rehabilitación del que procede la información |
| 2 | Número del trimestre que se reporta |
| 3 | El no. de expediente particular de cada inclusión. |
| 4 | Si el trámite se realizó por primera vez se colocará el número 1 en "Primera Vez", si se trata de subsecuente se colocará el número de atenciones "Subsecuentes" que haya recibido en el trimestre el beneficiario. |
| 5 | Si el trámite se concretó con la integración del usuario a capacitación se pondrá el número 1 debajo de la discapacidad que haya presentado el usuario. Sólo habrá un número 1 en esta sección, si no corresponde a discapacidad "motora", "visual", "auditiva" o "intelectual", el número 1 se colocará en "otro". |
| 6 | Si el trámite se concretó con la integración del usuario al empleo se pondrá el número 1 debajo de la discapacidad que haya presentado el usuario. Sólo habrá un número 1 en esta sección, si no corresponde a discapacidad "motora", "visual", "auditiva" o "intelectual", el número 1 se colocará en "otro". |
| 7 | Se colocará el número 1 sólo en el género correspondiente. |
| 8 | Se escribirá la edad del usuario. |
| 9 | Se colocará el no. 1 debajo del rubro al que pertenezca el empleador del usuario. |
| 10 | Si el usuario fue integrado a un empleo del sector primario se colocará el número 1 debajo del apartado "primario", si se integró en un empleo del sector secundario, se escribirá 1 debajo del apartado de "secundario", si se colocó en empleo del sector terciario se pondrá el número 1 debajo del apartado "terciario". Si no corresponde el empleo en que se colocó al usuario a ninguno de los tres anteriores, se colocará el número 1 en la columna de "otro". Verificar la tabla de sectores para solucionar dudas. |
| 11 | Se colocará el número de acciones de seguimiento de cada tipo que se realizaron en cada trámite. |
| 12 | Se colocará el número 1 debajo de cada actividad que haya llevado a cabo el psicólogo. |
| 13 | Este campo es general y no por cada trámite. Se dará una breve descripción de las acciones de promoción realizadas en dependencias, sindicatos, y otros segmentos de la población. Todas las descripciones deben ir acompañadas de una lista de asistentes escaneada. |
| 14 | Se sumarán todas las unidades de cada columna y se escribirán al final del reporte. |
| 15 | Nombre y firma del responsable del programa. |
| 16 | Firma de visto bueno del Subdirector o Encargado del centro. |

| Sector | Empleos |
|---|---|
| Primario | Empleos con actividades agrícolas, pesqueras, ganaderas, forestales y mineras. |
| Secundario | Empleos con actividades industriales, energéticas y de la construcción. |
| Terciario | Empleos con actividades comerciales, de servicios, turísticas, educativas, administrativas, de transportes y financieras. |

## 8.2 Registro diario de actividades de consejería en rehabilitación, SISP-13

PRA-DGR-10-F2

SALUD DIF Nacional

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS — SISP-13

REGISTRO DIARIO DE ACTIVIDADES DE CONSEJERÍA EN REHABILITACIÓN

| Clave del Centro | Nombre del Centro de Rehabilitación | Fecha: ( día/mes/año) |
|---|---|---|
| No. De Credencial | Nombre (Apellido paterno, materno y nombre -s-) | |

| No de Expediente | Edad | Sexo | | Tipo de Consulta | | Tipo de discapacidad | Atención | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Empleo | | | Capacitación | | | Otros | | | | |
| | | M | F | 1a Vez | Subsecuente | | Orientación Laboral | Curso: Obtención y Conservación del Empleo | Envio/ Colocación al empleo | Orientación/ Capacitación | Curso: Conocimiento del mundo del trabajo | Envio/ Inscripción | Visitas a empresas con capacitación a domicilio | Notas de seguimiento e informe | Llamadas telefónicas | Impartición curso/taller |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nombre y Firma del Responsable _____

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL SISP 13

| 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 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 | Escribir el nombre del médico que otorga la atención en el orden indicado (Apellido paterno, materno y nombre -s-). |
| No. de Expediente | Anotar el número de expediente clínico asignado a los pacientes que reciben la atención médica. |
| Edad | Anotar los años cumplidos a la fecha de atención. En caso de ser menor a 1 año señalar y especificar los meses cumplidos. |
| Sexo | Indicar con la letra "M" en la columna correspondiente si la persona que recibe la atención médica es masculino y "F" si es femenina. |
| 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: Empleo/capacitación/ otros. |
| Total | Anotar la suma total de los siguientes indicadores: Sexo: masculino/femenino Tipo de atención: Empleo/ capacitación/ otros. |
| Nombre y Firma del Responsable | Anotar nombre y firma del responsable del llenado. |

## 8.3 Registro diario de actividades del Psicólogo Evaluador, SISP-14

PRA-DGR-10-F3

SALUD DIF Nacional

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

| SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS | SISP-14 |
|---|---|

REGISTRO DIARIO DEL PSICÓLOGO EVALUADOR

| Clave del Centro | Nombre del Centro de Rehabilitación | Fecha: ( día/mes/año) |
|---|---|---|
| No. De Credencial | Nombre (Apellido paterno, materno y nombre -s-) | |

| No de Expediente | Edad | Sexo | | Tipo de consulta | | Tipo de discapacidad | Actividades Psicológicas | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | M | F | 1a Vez | Subsecuente | | Evaluación con sistemas | Evaluación Psicométrica | Tratamiento Psicológico | Calificación e interpretación de pruebas Psicométricas | Elaboración de reporte clínico | Notas subsecuentes | Taller/ curso/ visita |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | | | |

Nombre y Firma del Responsable _____

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL SISP-14

| 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 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 atención. |
| Nombre | Escribir el nombre del psicólogo que otorga la atención en el orden indicado (Apellido paterno,materno y nombre -s-). |
| No. de Expediente | Anotar el número de expediente clínico asignado a los pacientes que reciben la atención psicológica. |
| Edad | Anotar los años cumplidos a la fecha de atención. En caso de ser menor a 1 año señalar y especificar los meses cumplidos. |
| Sexo | Indicar con la letra "M" en la columna correspondiente si la persona que recibe la atención psicológica es masculino y "F" si es femenina. |
| 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 evaluación psicológica y subsecuente a todas las demás posteriores a la de primera vez en un mismo paciente. |
| Tipo de discapacidad | Anotar el tipo de discapacidad que corresponde a la persona que recibe la atención: motora, auditiva, visual, intelectual. |
| Actividades Psicológicas | Señalar con una "X" la casilla correspondiente de acuerdo a las actividades del psicólogo evaluador: Evaluación con sistemas/ evaluación psicométrica/ tratamiento psicológico/ calificación e interpretación de pruebas psicométricas/ elaboración de reporte clínico/ notas subsecuentes/ taller/curso/visitas. |
| Total | Anotar la suma total de los siguientes indicadores: Sexo: masculino/femenino; Tipo de consulta: 1a vez/subsecuente; actividades del psicólogo evaluador: Evaluación con sistemas/ evaluación psicométrica/ tratamiento psicológico/ calificación e interpretación de pruebas psicométricas/ elaboración de reporte clínico/ notas subsecuentes; taller/curso/visitas. |
| Nombre y Firma del Responsable | Anotar nombre y firma del responsable del llenado. |

# 11.- PROCEDIMIENTO PARA INCLUIR A PERSONAS CON DISCAPACIDAD A LA CULTURA FÍSICA Y DEPORTE ADAPTADO

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## Propósito

Unificar criterios de procedimientos y establecer la secuencia de actividades para la aplicación y desarrollo del Programa de Inclusión de las Personas con Discapacidad a la Cultura Física y Deporte Adaptado, con la finalidad de optimizar los recursos humanos destinados al mismo y potenciar las acciones del programa en los Centros de Rehabilitación.

## 2.0 Alcance

Aplica a las siguientes instancias:

Dirección de Rehabilitación

Subdirección de Unidades Operativas en los Estados

Jefatura de Departamento de Deporte Adaptado

Centros Nacionales Modelos de Atención, Investigación y Capacitación Iztapalapa, Gaby Brimmer, Ciegos y Débiles Visuales.

Centros de Rehabilitación y Educación Especial

Centros de Rehabilitación Integral

Centro de Rehabilitación e Integración Social

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

**3.1 Dirección de Rehabilitación**
Cumplir con el Programa de Inclusión a Personas con Discapacidad a la Cultura Física y Deporte a través de este programa.
Recibir los informes trimestrales o mensuales (dependiendo el programa) de Inclusión a Personas con Discapacidad a la Cultura Física y Deporte.

**3.2 Subdirección de Unidades Operativas en los Estados**
Analizar y sistematizar los informes trimestrales del Programa de Inclusión a Personas con Discapacidad a la Cultura Física y Deporte
Asesorar a los responsables de los centros de rehabilitación sobre la implementación del Programa de Inclusión a Personas con Discapacidad a la Cultura Física y Deporte
Informar a la Dirección de Rehabilitación sobre los avances del Programa de Inclusión a Personas con Discapacidad a la Cultura Física y Deporte

**3.3 Subdirección del Centro de Rehabilitación:**
Garantizar la operación del Programa, a través de enlaces institucionales públicos y OSC en materia de cultura física para establecer convenios de colaboración
Establecer coordinación intra y extra institucional para promover la cobertura del programa
Validar el programa interno de integración de cultura física

Validar los oficios para la coordinación intra y extra institucional necesarios para el programa.

**3.4 Departamento de Valoración y Tratamiento:**
Designar al responsable del programa.
Vigilar el cumplimiento de su aplicación y seguimiento.
Signar y enviar los informes trimestrales.

**Instruir al personal del área médica para:**
Conocer el procedimiento para integración de personas con discapacidad a la cultura física
Otorgar las constancias de discapacidad, certificados medico donde determinará si el usuario es apto para la actividad física.

**Instruir a Personal Asignado o Responsable del programa para :**
Elaborar el diagnostico situacional en materia de integración de personas con discapacidad a la cultura física
Elaborar el programa interno de integración de personas con discapacidad a la cultura física
Dar a conocer a todo el personal del Centro de Rehabilitación el contenido del Programa
Elaborar directorio de las Instituciones Regionales, Estatales, (Club, Asociación, Federación) Municipales, delegacionales y Autoridades Deportivas para establecer contacto, dar a conocer el programa
Realizar una estudio y clasificación de las instancias (institutos del deporte, centros recreativos, casas de la cultura o clubs) donde se podrá canalizar a los usurarios de acuerdo al nivel de actividad física
Realizar el seguimiento correspondiente a los casos identificados por el área médica
Coordinar y supervisar la canalización y seguimiento por seis meses de los usuarios del programa a fin de evaluar el impacto de las actividades del programa para verificar su eficacia.
Reportar las acciones del programa en el formato correspondiente, dentro de los primeros 5 días hábiles posteriores a la conclusión del trimestre.
Elaborar nota informativa de las canalizaciones, incluyendo el número de personas atendidas, el número de pláticas realizadas y número de personas canalizados a las instancias correspondientes.
Informar al Coordinador General sobre el resultado de las entrevistas de atención a los usuarios.
Efectuar acciones para aplicar y requisitar el Formato de Encuesta de Atención y Seguimiento para Captación de usuarios e Integrar a Personas con Discapacidad a la Cultura Física y Deporte Adaptado

**Instruir a Personal del área de Trabajo Social para:**
Colaborar en la coordinación intra y extra institucional para la promoción, integración y canalización de los usuarios para el programa e informa a la Coordinación General los resultados.
Realizar la difusión del programa en diferentes instancias públicas, OSC en materia de cultura física y Deporte Adaptado (activación física, recreación, de salud, deportivas).

## 4.0 Descripción del procedimiento

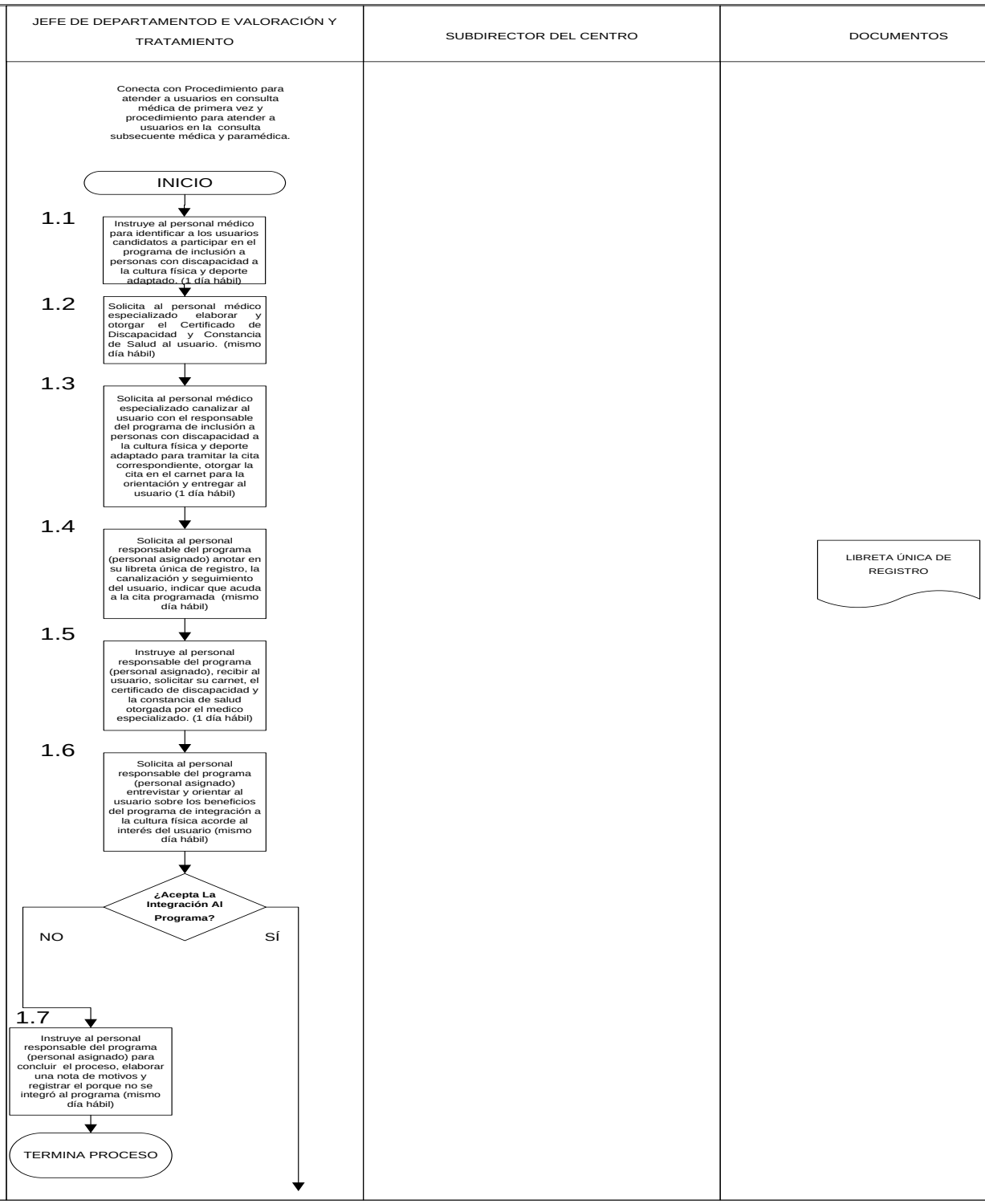
| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| | | **Conecta con Procedimiento para atender a usuarios en consulta médica de primera vez y procedimiento para atender a usuarios en la consulta subsecuente médica y paramédica.** |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 1.1 | Instruye al personal médico para identificar a los usuarios candidatos a participar en el programa de inclusión a personas con discapacidad a la cultura física y deporte adaptado. (1 día hábil) |
| | 1.2 | Solicita al personal médico especializado elaborar y otorgar el Certificado de Discapacidad y Constancia de Salud al usuario. (mismo día hábil) |
| | 1.3 | Solicita al personal médico especializado canalizar al usuario con el responsable del programa de inclusión a personas con discapacidad a la cultura física y deporte adaptado para tramitar la cita correspondiente, otorgar la cita en el carnet para la orientación y entregar al usuario (1 día hábil) |
| | 1.4 | Solicita al personal responsable del programa (personal asignado) anotar en su libreta única de registro, la canalización y seguimiento del usuario, indicar que acuda a la cita programada (mismo día hábil) |
| | 1.5 | Instruye al personal responsable del programa (personal asignado), recibir al usuario, solicitar su carne, el certificado de discapacidad y la constancia de salud otorgada por el medico especializado. (1 día hábil) |

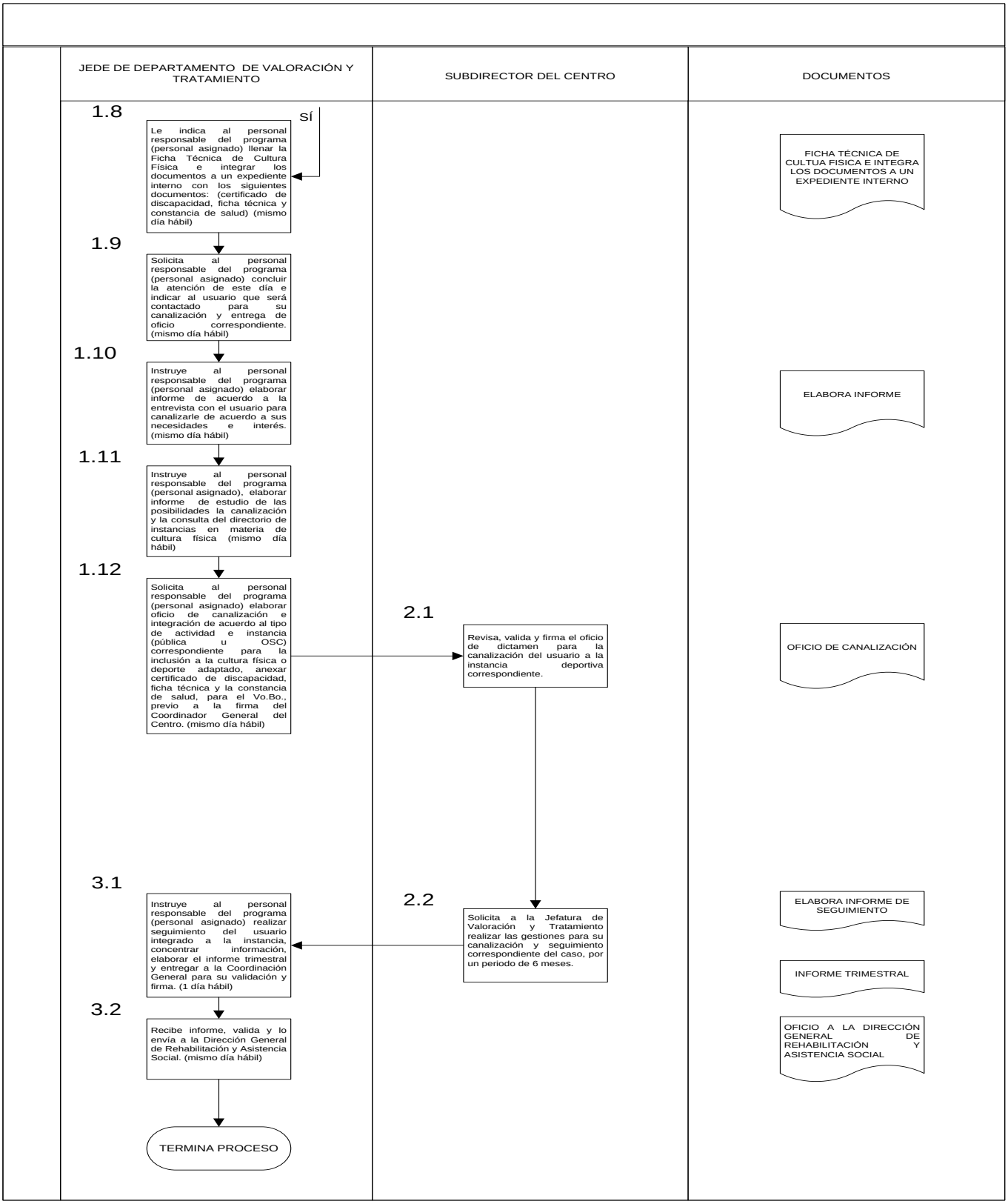
| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 1.6 | Solicita al personal responsable del programa (personal asignado) entrevistar y orientar al usuario sobre los beneficios del programa de integración a la cultura física acorde al interés del usuario (mismo día hábil)<br><br>¿Acepta la Integración al programa?<br><br>No |
| | . | Instruye al personal responsable del programa (personal asignado) para concluir el proceso, elaborar una nota de motivos y registrar el porqué no se integró al programa (mismo día hábil) |
| | 1.8 | Si<br>Le indica al personal responsable del programa (personal asignado) llenar la Ficha Técnica de Cultura Física e integrar los documentos a un expediente interno con los siguientes documentos: (certificado de discapacidad, ficha técnica y constancia de salud) (mismo día hábil) |
| | 1.9 | Solicita al personal responsable del programa (personal asignado) concluir la atención de este día e indicar al usuario que será contactado para su canalización y entrega de oficio correspondiente. (mismo día hábil) |
| | 1.10 | Instruye al personal responsable del programa (personal asignado) elaborar informe de acuerdo a la entrevista con el usuario para canalizarle de acuerdo a sus necesidades e interés. (mismo día hábil) |
| | 1.11 | Instruye al personal responsable del programa (personal asignado), elaborar informe de estudio de las posibilidades la canalización y la consulta del directorio de instancias en materia de cultura física (mismo día hábil) |

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| | 1.12 | Solicita al personal responsable del programa (personal asignado) elaborar oficio de canalización e integración de acuerdo al tipo de actividad e instancia (pública u OSC) correspondiente para la inclusión a la cultura física o deporte adaptado, anexar certificado de discapacidad, ficha técnica y la constancia de salud, para el Vo.Bo., envía para firma del Subdirector del centro. (mismo día hábil) |
| SUBDIRECTOR DEL CENTRO | 2.1 | Revisa, valida y firma el oficio de dictamen para la canalización del usuario a la instancia deportiva correspondiente. |
| | 2.2 | Solicita al Jefe de Valoración y Tratamiento realizar las gestiones para su canalización y seguimiento correspondiente del caso, por un periodo de 6 meses. |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 3.1 | Instruye al personal responsable del programa (personal asignado) realizar seguimiento del usuario integrado a la instancia, concentrar información, elaborar el informe trimestral y entregar a la Coordinación General para su validación y firma. (1 día hábil)<br><br>Recibe informe, valida y lo envía a la Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social. (mismo día hábil) |
| | 3.2 | **TERMINA** |

## 5.0 Diagrama de Flujo

PROCEDIMIENTO PARA: INCLUIR A PERSONAS CON DISCAPACIDAD A LA CULTURA FÍSICA Y DEPORTE ADAPTADO




JEDE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO
SUBDIRECTOR DEL CENTRO
DOCUMENTOS
1.8
SÍ
Le indica al personal responsable del programa (personal asignado) llenar la Ficha Técnica de Cultura Física e integrar los documentos a un expediente interno con los siguientes documentos: (certificado de discapacidad, ficha técnica y constancia de salud) (mismo día hábil)
FICHA TÉCNICA DE CULTUA FISICA E INTEGRA LOS DOCUMENTOS A UN EXPEDIENTE INTERNO
1.9
Solicita al personal responsable del programa (personal asignado) concluir la atención de este día e indicar al usuario que será contactado para su canalización y entrega de oficio correspondiente. (mismo día hábil)
1.10
Instruye al personal responsable del programa (personal asignado) elaborar informe de acuerdo a la entrevista con el usuario para canalizarle de acuerdo a sus necesidades e interés. (mismo día hábil)
ELABORA INFORME
1.11
Instruye al personal responsable del programa (personal asignado), elaborar informe de estudio de las posibilidades la canalización y la consulta del directorio de instancias en materia de cultura física (mismo día hábil)
1.12
Solicita al personal responsable del programa (personal asignado) elaborar oficio de canalización e integración de acuerdo al tipo de actividad e instancia (pública u OSC) correspondiente para la inclusión a la cultura física o deporte adaptado, anexar certificado de discapacidad, ficha técnica y la constancia de salud, para el Vo.Bo., previo a la firma del Coordinador General del Centro. (mismo día hábil)
2.1
Revisa, valida y firma el oficio de dictamen para la canalización del usuario a la instancia deportiva correspondiente.
OFICIO DE CANALIZACIÓN
3.1
2.2
Instruye al personal responsable del programa (personal asignado) realizar seguimiento del usuario integrado a la instancia, concentrar información, elaborar el informe trimestral y entregar a la Coordinación General para su validación y firma. (1 día hábil)
Solicita a la Jefatura de Valoración y Tratamiento realizar las gestiones para su canalización y seguimiento correspondiente del caso, por un periodo de 6 meses.
ELABORA INFORME DE SEGUIMIENTO
INFORME TRIMESTRAL
3.2
Recibe informe, valida y lo envía a la Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social. (mismo día hábil)
OFICIO A LA DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
TERMINA PROCESO

## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1** Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.<br>(D.O.F. 29 de diciembre de 1976. Última reforma 17 de junio de 2009). |
| **6.2** Ley General de Salud.<br>(D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.3** Ley de Asistencia Social.<br>(D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.4** Ley de Coordinación Fiscal.<br>(D.O.F. 27 de Diciembre de 1978. Última reforma 24 de Junio de 2009). |
| **6.5** Ley de Planeación.<br>(D.O.F. 5 de enero de 1983. Última reforma 20 de junio de 2011). |
| **6.6** Ley Federal de las Entidades Paraestatales.<br>(D.O.F. 14 de mayo de1986. Última reforma 28 de noviembre de 2008). |
| **6.7** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de Sector Público.<br>(D.O.F. 4 de enero de 2000. Última reforma 15 de junio de 2011). |
| **6.8** Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.<br>(D.O.F. 13 Marzo del 2002. Última reforma 28 de Mayo de 2009). |
| **6.9** Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.<br>(D.O.F. 11 de junio de 2002. Última reforma 5 de julio de 2010). |
| **6.10** Ley General de Bienes Nacionales.<br>(D.O.F. 20 de mayo de 2004. Última reforma 31 de agosto de 2007). |
| **6.11** Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.<br>(D.O.F. 30 de Marzo de 2006. Última reforma 31 de Diciembre de 2008). |
| **6.12** Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011.<br>(D.O.F. 15 de Octubre de 2010). |
| **6.13** PRESUPUESTO de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011.<br>(D.O.F. 7-12-2010). |
| **6.14** Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.<br>(D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.15** Condiciones Generales de Trabajo (2008-2010). |
| **6.16** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.17** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.18** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## 7. Glosario

**7.1 Actividad Física:** Las Actividades Físicas para Personas con Discapacidad son a 3 niveles:
**"Terapéuticas"**, con las que se pretende desarrollar y mejorar las capacidades físicas residuales después de la lesión discapacitante (Ejercicios de Rehabilitación).
**"Lúdicas y/o Recreativas",** consisten en Juegos o Dinámicas (tanto individuales como grupales), que sirven como complemento a la recuperación funcional, cuya característica es Divertirse y continuar con el Desarrollo de las Capacidades Residuales a base de Juegos Recreativos, cuyas Reglas sean sencillas.
**"Pre deportivas Formativas y/o de Competencia",** con las cuales se dan los pasos de iniciación a una actividad deportiva determinada

**7.2 Atención médica:** al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

**7.3 Centro de Rehabilitación**: es la unidad operativa en donde se proporcionan servicios integrales de rehabilitación y pueden ser de segundo o tercer nivel de atención.

**7.4 Certificado de Discapacidad**: Documento oficial que acredita a la persona que lo posee, el ser portador de una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implica desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

**7.5 Consulta de primera vez**: es la atención proporcionada al usuario por personal médico especializado en donde se elabora historia clínica, se dictamina el diagnóstico y propone tratamiento específico a seguir.

**7.6 Cultura física:** Forma parte de la cultura universal y puede definirse como el conjunto de valores materiales y espirituales durante el desarrollo del proceso de la educación física, el deporte y la recreación en todas sus manifestaciones, esta puede ser evaluada por el grado de desarrollo de la cultura física y que al mismo tiempo son sus direcciones fundamentales por: a)Nivel de desarrollo físico de la salud y de las formas de recreación sana de la población, b) Grado de preparación física, c) Base material de desarrollo: instalaciones y medios materiales para el desarrollo de las actividades, cantidad de especialistas y su nivel de preparación profesional, d) Desarrollo deportivo expresado en logros concretos, dados por la participación, los récords y lugares alcanzados en **competencias y** eventos nacionales e internacionales (Valdés, 1986:12).Aplica para personas con Discapacidad y también -dentro de la Educación Física- la Recreación y Expresión Corporal, que no tienen porque ser de exclusividad para Personas sin Discapacidad.

**7.7. Deporte Adaptado:** Actividad físico deportiva que es susceptible de aceptar modificaciones para posibilitar la participación de las personas con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales.

**7.8 Deporte Paralímpico**: Término Genérico que se le da al conjunto de Deportes que se llevan a cabo en los Juegos Paralímpicos, aprobados por el Comité Paralímpico Internacional.

**7.9 Diagnóstico:** determina la situación física de una persona a través del examen de los signos y síntomas que presenta.

**7.10 Expediente para el seguimiento del programa**: conjunto de documentos escritos, gráficos, ficha técnica o de cualquier otra índole, en los cuales el responsable del programa, deberá incluir los registros, anotaciones, certificaciones correspondientes, documentales de solicitudes de los usuarios atendidos por el programa de inclusión a personas con discapacidad a la cultura física y deporte adaptado. Es de carácter legal, confidencial y propiedad de la institución que lo expide.

**7.11 Referencia**: es el acto de canalizar o derivar al usuario a otra instancia de salud y/o deportiva, que realiza el médico o el personal encargado del programa con apoyo de trabajo social para complementar su tratamiento, diagnóstico o canalización a su actividad deportiva, esta derivación deberá ser realizada en el formato correspondiente.

**7.12 Usuario**: Toda persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica especializada del Centro de Rehabilitación.

## 8.0 Anexos

**8.1** Formato Directorio de Instancias en materia de Cultura Física y Deporte Adaptado para la canalización de usuarios del Centro de Rehabilitación e instructivo de llenado.

**8.2** Formato Encuesta de Atención y Seguimiento para Captación de usuarios e Integrar a Personas con Discapacidad a la Cultura Física y Deporte Adaptado e instructivo de llenado.

**8.3** Formato Ficha Técnica de Usuarios e instructivo de llenado.

**8.4** Formato Hoja de Referencia e instructivo de llenado e instructivo de llenado.

**8.5** Formato Libreta Única de Atención de usuarios del Programa de Integración a la Cultura Física y Deporte Adaptado e instructivo de llenado.

**8.6** Formato Reporte Trimestral del Programa de Integración a la Cultura Física y Deporte Adaptado e instructivo de llenado.

**8.1 Directorio de Instancias en materia de Cultura Física y Deporte Adaptado para la canalización de usuarios del Centro de Rehabilitación e instructivo de llenado.**

**PRA-** DGRAS-**11-F1**

# Directorio de instancias en materia de cultura física y deporte adaptado para la canalización de usuarios del Centro de Rehabilitación _____

Responsable del Programa: _____

| (1) Nombre de la Institución | (2) Tipo de actividades que ofrece | (3) Responsable | (4) Ubicación | (5) Teléfonos | (6) E-Mail | (7) Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

(8)

_____

Nombre y firma

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE DIRECTORIO DE INSTANCIAS EN MATERIA DE CULTURA FÍSICA Y DEPORTE ADAPTADO

| NÚMERO | DEBE ANOTAR |
|---|---|
| | **DIRECTORIO** |
| 1 | Institución deportiva, club, municipio, asociación, federación, centros comunitarios u otro, donde se imparte la actividad o Deporte Adaptado. |
| 2 | Tipo de actividad que proporciona la instancia donde se canalizará al usuario. |
| 3 | Personal responsable del programa a quien contactaremos y se mantendrá en contacto para el seguimiento. |
| 4 | Ubicación domiciliaria del centro a donde dirigiremos al usuario para su canalización. |
| 5 | Números telefónicos para su rápido acceso. |
| 6 | Direcciones electrónicas de los responsables y /o contactos de este programa. |
| 7 | En caso de acciones extraordinarias o requerimientos de las instancias donde se canalizará a los usuarios se anotarán en este rubro. |
| 8 | Nombre y firma de la persona que efectuó el directorio |

**8.2 Encuesta de Atención y Seguimiento para Captación de usuarios e Integrar a Personas con Discapacidad a la Cultura Física y Deporte Adaptado e instructivo de llenado.**

**PRA-** DGR-**11-F2**

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE UNIDADES OPERATIVAS EN LOS ESTADOS
DEPARTAMENTO DE DEPORTE ADAPTADO

ENCUESTA DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO PARA CAPTACIÓN DE USUARIOS

PROPUESTA
Aplicada en las pláticas de inducción o por el Médico:

(1) Nombre: _____

(2) Procedencia Institución Pública o Privada: _____

(3) Fecha de Nacimiento _____ (3a) Edad: _____ (3b) Género: _____

(4) Tienes alguna Discapacidad: Si__, No____, (6) Cuál: _____

(5) Dirección: _____

(6) Teléfonos Particular: _____ (6a) Celular: _____(6b)Correo Electrónico: _____

(7) Ocupación: _____ (7a) Horario Laboral: _____

(8) ¿Practicas alguna actividad Física o Deportiva? SI____ No ____

(9) ¿Por qué? _____

(10) ¿Cuál? _____

(11) ¿En donde?_____

(12) Atendió:

_____
NOMBRE y FIRMA

AML/DSGG**

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE ENCUESTA DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO PARA CAPTACIÓN DE USUARIOS E INTEGRAR A PERSONAS CON DISCAPACIDAD A LA CULTURA FÍSICA Y DEPORTE ADAPTADO

| NÚMERO | DEBE ANOTAR |
|---|---|
| 1 | Nombre del usuario para su registro y seguimiento |
| 2 | Institución que conecta con nuestros servicios en el Centro de Rehabilitación |
| 3,4, 5, 6 y 7 | Datos personales de usuarios según corresponda para el seguimiento |
| 8 | Afirma o negar si práctica alguna actividad física o Deporte Adaptado |
| 9 | Exponer el por qué si o el por que no práctica alguna actividad física |
| 10 | Cuál es la actividad física que realiza (recreativa, mantenimiento de la salud, competitiva, etc.) |
| 11 | Sede o lugar donde lo práctica. |
| | **RESPONSABLES DEL LLENADO** |
| 12 | Nombre y firma de la persona que atendió la encuesta |

## 8.3 Ficha Técnica de Usuarios e instructivo de llenado.

**PRA-** DGR-**11-F3**

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE UNIDADES OPERATIVAS EN LOS ESTADOS
DEPARTAMENTO DE DEPORTE ADAPTADO

SALUD

### FICHA TÉCNICA DE USUARIOS

Centro de Rehabilitación _____(1)_____

| | | | |
|---|---|---|---|
| INSTANCIA A CANALIZAR (2) | | | ESPACIO PARA FOTOGRAFIA (6) |
| Tipo de Actividad | (3) | | |
| Función | (4) | | |
| Estatus | (5) | | |
| Nombre | (7) | | |
| Fecha de Atención | (8) | | |
| Fecha Nacimiento | (9) | | |
| CURP | (10) | | |
| Edo. Civil | (11) | | |
| Nacionalidad | (12) | | |
| Estatura | (13) | Peso | (14) |
| Tipo de Discapacidad | (15) | | |
| Grado Escolar | (16) | | |
| Dirección | (17) | | |
| Teléfono | (18) | | |
| Celular | (19) | | |
| E-mail | (20) | | |
| ANTECEDENTE DE ACTIVIDAD FÍSICA | | | |
| ¿Practicas alguna actividad Física o Deportiva? (21) | | SI ( ) | No ( ) |
| ¿Por qué? | (22) | | |
| ¿Cuál? | (23) | | |
| ¿En dónde? | (24) | | |
| HISTORIAL DEPORTIVO DEL USUARIO, EN CASO DE PRACTICAR O HABER PRACTICADO ALGUNA DISCIPLINA DEPORTIVA: | | | |
| Mejor Resultado Histórico | (25) | Fecha | (26) |
| Ultimo Evento asistido | (27) | Fecha | (28) |
| Interés Actual del Usuario | (29) | | |
| Tipo de Actividad | (30) | | |
| MOTIVOS DE INCORPORACIÓN AL PROGRAMA EN MATERIA DE DEPORTE | | | |
| Motivo | (31) | | |
| Metas y Compromisos | (32) | | |
| CANALIZACION A PROGRAMAS INTERINSTITUCIONACIONALES | | | |
| (Laboral, Escuela para Familias, Estimulación temprana, Académica, Deportiva, etc.) | | | |
| (33) | | | |

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE FICHA TÉCNICA DE USUARIOS

| NÚMERO | DEBE ANOTAR |
|---|---|
| | **DATOS DE LA INSTANCIA A CANALIZAR A USUARIO** |
| 1 | Nombre de la instancia en materia de deporte a canalizar, Tipo de Actividad acorde a las necesidades e intereses manifestados por el del usuario (recreación, deporte para la salud y/o competitivo), Status activo o inactivo. |
| | **DATOS PERSONALES DEL USUARIO** |
| 2 | Datos personales generales de usuarios según corresponda para el seguimiento. |
| | **HISTORIAL DEPORTIVO DEL USUARIO** |
| 3 | Información referente a antecedentes de práctica deportiva |
| 4 | Información referente antecedentes de práctica deportiva |
| | **MOTIVOS DE INCORPORACIÓN AL PROGRAMA EN MATERIA DE DEPORTE** |
| 5 | Expresa los motivos por lo que se quiere incorporar a la cultura física y Deporte Adaptado mediante una actividad (recreativa, mantenimiento de la salud, competitiva, etc.) |
| | **RESPONSABLES DEL LLENADO** |
| 6 | Anexar información si pertenece algún programa alterno de esta institución |

## 8.4 Hoja de Referencia e instructivo de llenado e instructivo de llenado.

PRA-DGR-11-F4

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

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

**HOJA DE REFERENCIA**

| | |
|---|---|
| **CENTRO DE REHABILITACIÓN _____(1)_____** | |
| **FOLIO No.___(2)_____** | |
| | |
| NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN A LA QUE SE REFIERE: (3) | |
| NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN (4) | |
| FECHA: (5) | |
| NOMBRE DEL USUARIO: (6) | |
| EDAD: (7) | GENERO: (8) |
| DIAGNOSTICO: (9) | |
| ANTECEDENTES: (10) | |
| PADECIMIENTO ACTUAL (11) | |
| TRATAMIENTOS (EN CASO NECESARIO): (12) | |
| OBSERVACIONES O SUGERENCIAS: (13) | |
| **NOMBRE DEL MÉDICO, N° DE CREDENCIAL Y FIRMA (14)** | |
| **RESPONSABLE DEL PROGRAMA/PERSONAL ASIGNADO N° DE CREDENCIAL Y FIRMA (15) _____** | |

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE LA HOJA DE REFERENCIA

| NÚMERO | DEBE ANOTAR |
|---|---|
| | **DATOS GENERALES** |
| 1 | El nombre de la institución a la que se refiere el usuario y el servicio solicitado. |
| 2 | La fecha de la referencia. |
| 3 | El nombre completo del usuario. |
| 4 | Los años o meses cumplidos. |
| 5 | Masculino o Femenino según corresponda. |
| 6 | El diagnostico o la impresión diagnostica del usuario referido en materia de deporte. |
| 7 | Cualquier dato previo que sea de utilidad para el servicio a solicitar en la instancia a canalizar. |
| 8 | El motivo de la solicitud del servicio, en base al objetivo del programa. |
| | **TOTALES TERAPIAS** |
| 9 | Los tratamientos que pudiera haber recibido el usuario que va a ser referido y que tengan relación con el padecimiento. |
| | **RESPONSABLES DEL LLENADO** |
| 10 | Cualquier dato que no haya quedado incluido en los rubros anteriores y que pueda ser de utilidad para la atención del usuario referido, en la unidad a la que se envía. |
| 11 | El nombre completo, número de credencial y la firma del médico que está refiriendo al usuario. |
| 12 | El nombre completo, número de credencial y la firma del responsable del programa o personal asignado que está refiriendo al usuario. |

**8.5 Libreta Única de Atención de usuarios del Programa de Integración a la Cultura Física y Deporte Adaptado e instructivo de llenado.**

**PRA-** DGR-**11-F5**

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN

DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

SALUD

LIBRETA ÚNICA DE ATENCIÓN DE USUARIOS

DEL PROGRAMA DE INTEGRACIÓN A LA CULTURA FISICA Y DEPORTE ADAPTADO

| Nº EXP. CLIN.(1) | NOMBRE (2) | FECHA (3) | EDAD (4) | GENERO (5) | DOMICILIO (6) | ENVIO (7) | STATUS DEL PROCESO (8) | TELEFONO (9) | OBSERVACIONES (10) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE LIBRETA ÚNICA DE ATENCIÓN DE USUARIOS DEL PROGRAMA DE INTEGRACIÓN A LA CULTURA FISICA Y DEPORTE ADAPTADO

| NÚMERO | DEBE ANOTAR |
|---|---|
| | **DATOS GENERALES DEL USUARIO** |
| 1 | Número de expediente clínico asignado al usuario. |
| 2 | Apellido paterno, materno y nombre(s) del usuario. |
| 3 | Escribir consultorio al que se remitió. |
| 4 | Día, mes y año de ingreso. |
| 5 | Edad del usuario. |
| 6 | Género del usuario |
| 7 | El último grado de estudios del usuario de acuerdo a la siguiente clasificación: No Aplica refiriéndose al recién nacidos, lactantes o preescolares (N.A.); Analfabeta (A); Primaria Incompleta (P.I.); Primaria Completa (P.C.); Secundaria Incompleta (S.I.); Secundaria Completa (S.C.);Bachillerato Incompleto (B.I.); Bachillerato Completo (B.C.); Licenciatura (L); Otra (especificar ) |
| 8 | Calle, número y colonia y/o localidad donde se ubica el domicilio del usuario. |
| 9 | Diagnóstico presuncional referido en la nota de prevaloración. |
| 10 | Escribir el teléfono del usuario. |
| 11 | Escribir el Registro Federal de Causantes del usuario |
| 12 | Suma total de sesiones otorgadas en Terapia física, ocupacional, lenguaje y auxiliares de terapia. |

## 8.6 Reporte Trimestral del Programa de Integración a la Cultura Física y Deporte Adaptado e instructivo de llenado.

PRA-DGR-11-F6

SALUD DIF Nacional

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE UNIDADES OPERATIVAS EN LOS ESTADOS
DEPARTAMENTO DE DEPORTE ADAPTADO

**REPORTE TRIMESTRAL DEL PROGRAMA SUSTANTIVO DE INCLUSIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD A LA CULTURA FÍSICA Y DEPORTE ADAPTADO**

(1)Fecha de Elaboración: _____ (2)Centro de Rehabilitación: _____

(3)PERIODO: 1er TRIMESTRE ( ) 2do. TRIMESTRE ( ) 3 er. TRIMESTRE ( ) 4to. TRIMESTRE ( )

| (4)No. de Exp. | (5) Tipo de Discapacidad | (6) Edad | (7) Género | | (8) Tipo de canalización e Inclusión a la Cultura Física | | | | (9) Datos adicionales | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | H | M | Recreativa | Activación para la Salud | Iniciación al Deporte | Deporte competitivo | Institución a la que se canalizó | fecha de Integración | Conecta con otro programa si/no cual |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

(10)

No. de usuarios de Consulta de Primera vez canalizados (_____) No. de Usuarios de Consulta Subsecuente canalizados (_____)

No. de Usuarios Atendidos directamente por el Responsable del programa (_____) Usuarios Externos canalizados (_____)

(11)

Principales causas de rechazo o deserción del programa:

(12)

| Acciones de Seguimiento | Visitas:( ) Llamadas Tel. ( ) | Periodicidad: | Semanal ( ) Quincenal ( ) Mensual ( ) Trimestral ( ) + de 3 Meses ( ) |
|---|---|---|---|

(13)

| Tipo de Actividades de Difusión | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Platicas | ( ) | No. Total de actividades de difusión efectuadas durante el trimestre ( ) | Especifique otras Acciones: |
| | Entrevistas | ( ) | | |
| | Gráficos | ( ) | | |
| No. de Asistentes | | ( ) | | |
| No. de Detecciones | | ( ) | | |
| No. de Canalizaciones | | ( ) | | |

(14)

Responsable del Programa

Vo.Bo. Subdirector del Centro

## INSTRUCTIVO DE LLENADO FORMATO DE REPORTE TRIMESTRAL DEL PROGRAMA DE INCLUSIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD A LA CULTURA FISICA Y DEPORTE ADAPTADO

| NÚMERO | DEBE ANOTAR |
|---|---|
| | **DATOS GENERALES** |
| 1 | Fecha de elaboración del documento |
| 2 | Nombre del centro de rehabilitación |
| 3 | Marcar con una X periodo que está cubriendo la información concentrada |
| 4 | Número de expediente |
| 5 | Escribir el tipo de discapacidad (motora, auditiva, visual, lenguaje e intelectual, etc) |
| 6 | Edad del Usuario |
| 7 | Género, Hombre ó Mujer |
| 8 | Tipo de canalización e inclusión a la Cultura Física poner No. 1 en el recuadro que corresponda la canalización el cual referencia la actividad en que se incluya al usuario |
| 9 | Datos adicionales, anotar nombre de la institución a la que fue integrado a la actividad física, fecha en que se incluyó y poner el nombre otro programa sustantivo con el se haya conectado además de la Cultura Física. |
| 10 | Anotar en el recuadro que corresponda el número total de este periodo de Usuarios de Consulta de Primera vez, de Usuarios de Consulta Subsecuente, de Usuarios atendidos por el responsable o de Usuarios externos atendidos y canalizados al programa de Inclusión de Personas con discapacidad a la Cultura Física y Deporte Adaptado, en su centro. |
| 11 | Anotar de manera breve las principales causas de rechazo o deserción del programa de inclusión a Personas con discapacidad a la Cultura Física y Deporte Adaptado. |
| 12 | Anotar las acciones de seguimiento que se establecieron en el centro, tal como el número total de visitas efectuadas en el periodo que reporta, Número total de llamadas telefónicas, marcar con X el periodo en que se realizaron las acciones de seguimiento sea semanal, quincenal, mensual, etc. |
| | **PLÁTICAS** |
| 13 | Anotar el tipo de actividades de difusión que se realizaron respecto al programa de Inclusión de Personas con discapacidad a la Cultura Física, anotar el número total de platicas, entrevistas, difusión gráfica, el número total de asistentes, número total de detecciones y número total de las canalizaciones, así mismo anotar el Número total de las actividades realizadas durante el periodo reportado y en su caso especificar cualquier otra acción de difusión (entrega de trípticos, carteles, etc.) |
| | **RESPONSABLES DEL LLENADO** |
| 14 | Nombre y firma del responsable del programa Inclusión de Personas con discapacidad a la Cultura Física, así como, nombre y firma del coordinador General del Centro. |

# 12.- PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR Y COMPROBAR LOS APOYOS PARA LOS MIEMBROS DEL EQUIPO REPRESENTATIVO DE DEPORTE ADAPTADO DEL DIF NACIONAL

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABIÑITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Unificar criterios de procedimientos y establecer la secuencia de actividades para la aplicación, otorgamiento y comprobación de los apoyos a los miembros del equipo representativo de deporte adaptado del DIF Nacional, con la finalidad de transparentar el uso de los recursos financieros destinados a dicha población.

## 2.0 Alcance

Aplica a las siguientes instancias:

Dirección General de Rehabilitación.

Dirección de Rehabilitación

Subdirección de Unidades Operativas en los Estados

Jefatura de Departamento de Deporte Adaptado

Jefatura de Departamento de Apoyo Presupuestal

Miembros del Equipo Representativo del DIF Nacional

## Políticas de operación, normas y lineamientos

**3.1 Dirección de Rehabilitación**
Garantizar la operación del presente procedimiento, a través de las áreas correspondientes.
Validar el presupuesto asignado para el Departamento de Deporte Adaptado con base a las necesidades de material, evento y aditamentos deportivos de los miembros del equipo representativo del DIF Nacional.

**3.2 Subdirección de Unidades Operativas en los Estados (SUOE)**
Vigilar que el procedimiento de otorgar y comprobar los apoyos para los miembros del equipo representativo del DIF Nacional se realice en estricto apego a la normatividad establecida.

**3.3 Departamento de Deporte Adaptado:**
Recibir la instrucción de la SUOE y elaborar el análisis de la solicitud de personas con discapacidad a la cultura física
Elaborar y tramitar los oficios de solicitud
Dar a conocer la información del resultado del análisis y del trámite en tiempo y forma al usuario/beneficiario solicitante
Recibir y elaborar oficio de comprobación final de los recursos otorgados.

**3.4 Departamento de Apoyo Presupuestal:**
Recibe, tramita e informa, la solicitud emitida por el departamento de deporte adaptado respecto al apoyo correspondiente, de acuerdo a la programación y presupuesto de éste.
Entrega el recurso de manera directa al beneficiario/usuario o al departamento de deporte adaptado para su trámite correspondiente.

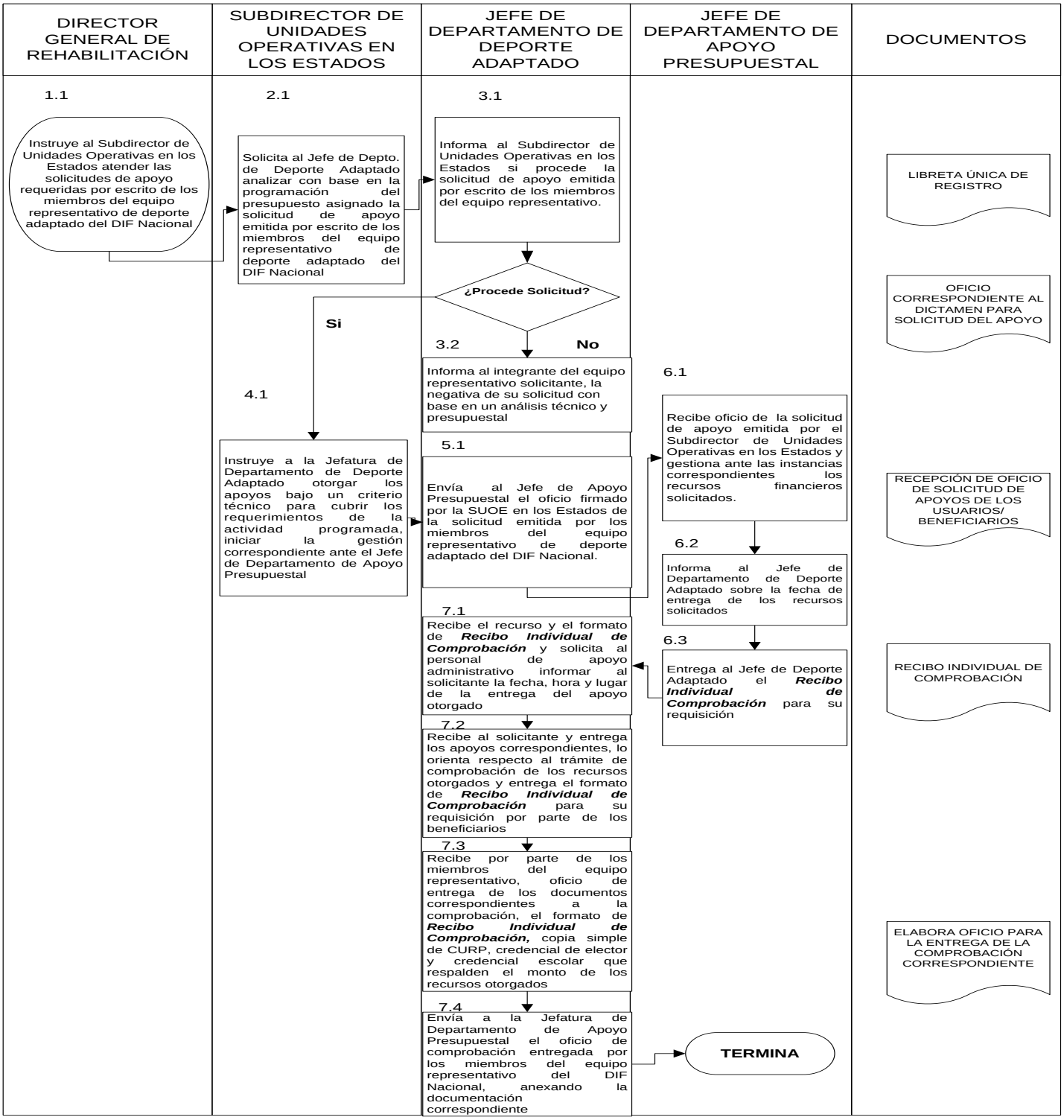
**3.5 Miembros del equipo**
Efectúan la solicitud correspondiente, debidamente requisitado
Asisten al departamento de deporte adaptado para la entrega del recurso solicitado

## 4.0 Descripción del procedimiento

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| DIRECTOR GENERAL DE REHABILITACIÓN | 1.1 | Instruye al Subdirector de Unidades Operativas en los Estados atender las solicitudes de apoyo requeridas por escrito de los miembros del equipo representativo de deporte adaptado del DIF Nacional.<br>( un día) |
| SUIBDIRECTOR DE UNIDADES OPERATIVAS EN LOS ESTADOS | 2.1 | Solicita al Jefe de Departamento de Deporte Adaptado analizar con base en la programación del presupuesto asignado la solicitud de apoyo emitida por escrito de los miembros del equipo representativo de deporte adaptado del DIF Nacional. ( un día) |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE DEPORTE ADAPTADO | 3.1 | Informa al Subdirector de Unidades Operativas en los Estados si procede la solicitud de apoyo emitida por escrito de los miembros del equipo representativo de deporte adaptado del DIF Nacional.<br><br>**Procede Solicitud?**<br>**No** |
| | 3.2 | Informa al integrante del equipo representativo solicitante, la negativa de su solicitud con base en un análisis técnico y presupuestal. |
| | | **Si** |
| SUBDIRECTOR DE UNIDADES OPERATIVAS EN LOS ESTADOS | 4.1 | Instruye al Jefe de Departamento de Deporte Adaptado otorgar los apoyos bajo un criterio técnico para cubrir los requerimientos de la actividad programada, iniciar la gestión correspondiente ante el Jefe de Departamento de Apoyo Presupuestal (un día) |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE DEPORTE ADAPTADO | 5.1 | Envía al Jefe de Apoyo Presupuestal el oficio firmado por la Subdirección de Unidades Operativas en los Estados de la solicitud emitida por los miembros del equipo representativo de deporte adaptado del DIF Nacional |

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| | 6.1 | Recibe oficio de la solicitud de apoyo emitida por la Subdirección de Unidades Operativas en los Estados y gestiona ante las instancias correspondientes los recursos financieros solicitados.( 20 días ) |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE APOYO PRESUPUESTAL | 6.2 | Informa al Jefe de Departamento de Deporte Adaptado sobre la fecha de entrega de los recursos solicitados. |
| | 6.3 | Entrega al Jefe de Deporte Adaptado el ***Recibo Individual de Comprobación*** para su requisición. |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE DEPORTE ADAPTADO | 7.1 | Recibe el recurso y el formato de ***Recibo Individual de Comprobación*** y solicita al personal de apoyo administrativo informar al solicitante la fecha, hora y lugar de la entrega del apoyo otorgado. |
| | 7.2 | Recibe al solicitante y entrega los apoyos correspondientes, lo orienta respecto al trámite de comprobación de los recursos otorgados y entrega el formato de ***Recibo Individual de Comprobación*** para su requisición por parte de los beneficiarios. |
| | 7.3 | Recibe por parte de los miembros del equipo representativo del DIF Nacional, oficio de entrega de los documentos ( notas, facturas, recibos, entre otros) correspondientes a la comprobación, el formato de ***Recibo Individual de Comprobación,*** copia simple de CURP, credencial de elector y credencial escolar que respalden el monto de los recursos otorgados. (5 días hábiles) |
| | 7.4 | Envía al Jefe de Departamento de Apoyo Presupuestal el oficio de comprobación entregada por los miembros del equipo representativo del DIF Nacional, anexando la documentación correspondiente. (3 días hábiles)<br><br>**TERMINA.** |

## 5.0 Diagrama de Flujo



## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1** Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.<br>(D.O.F. 29 de diciembre de 1976. Última reforma 17 de junio de 2009). |
| **6.2** Ley General de Salud.<br>(D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.3** Ley de Asistencia Social.<br>(D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.4** Ley de Coordinación Fiscal.<br>(D.O.F. 27 de Diciembre de 1978. Última reforma 24 de Junio de 2009). |
| **6.5** Ley de Planeación.<br>(D.O.F. 5 de enero de 1983. Última reforma 20 de junio de 2011). |
| **6.6** Ley Federal de las Entidades Paraestatales.<br>(D.O.F. 14 de mayo de1986. Última reforma 28 de noviembre de 2008). |
| **6.7** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de Sector Público.<br>(D.O.F. 4 de enero de 2000. Última reforma 15 de junio de 2011). |
| **6.8** Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.<br>(D.O.F. 13 Marzo del 2002. Última reforma 28 de Mayo de 2009). |
| **6.9** Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.<br>(D.O.F. 11 de junio de 2002. Última reforma 5 de julio de 2010). |
| **6.10** Ley General de Bienes Nacionales.<br>(D.O.F. 20 de mayo de 2004. Última reforma 31 de agosto de 2007). |
| **6.11** Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.<br>(D.O.F. 30 de Marzo de 2006. Última reforma 31 de Diciembre de 2008). |
| **6.12** Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011.<br>(D.O.F. 15 de Octubre de 2010). |
| **6.13** PRESUPUESTO de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011.<br>(D.O.F. 7-12-2010). |
| **6.14** Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.<br>(D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.15** Condiciones Generales de Trabajo (2008-2010). |
| **6.16** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.17** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.18** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## 7.0 Glosario

**7.1 Actividad Física:** Las Actividades Físicas para Personas con Discapacidad son a 3 niveles:

a. "Terapéuticas", con las que se pretende desarrollar y mejorar las capacidades físicas residuales después de la lesión discapacitante (Ejercicios de Rehabilitación).
b. "Lúdicas y/o Recreativas", consisten en Juegos o Dinámicas (tanto individuales como grupales), que sirven como complemento a la recuperación funcional, cuya característica es Divertirse y continuar con el Desarrollo de las Capacidades Residuales a base de Juegos Recreativos, cuyas Reglas sean sencillas.
c. "Pre deportivas Formativas y/o de Competencia", con las cuales se dan los pasos de iniciación a una actividad deportiva determinada.

**7.2 Expediente interno**: Documento oficial, de carácter legal, confidencial, propiedad de la Institución que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la canalización y/o referencia del usuario, involucrando acciones de orientación en materia de cultura física y deporte que constituyen una herramienta de obligatoriedad para los sectores públicos, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

**7.3 Usuario**: Toda persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica especializada del Centro de Rehabilitación.

**7.4 Beneficiario**: Personas que requieren la atención y reciben el apoyo solicitado, siempre y cuando cumplan con los criterios de elegibilidad y los requisitos de acuerdo al presente procedimiento.

**7.5 Cultura física**: Forma parte de la cultura universal y puede definirse como el conjunto de valores materiales y espirituales durante el desarrollo del proceso de la educación física, el deporte y la recreación en todas sus manifestaciones, esta puede ser evaluada por el grado de desarrollo de la cultura física y que al mismo tiempo son sus direcciones fundamentales por: a)Nivel de desarrollo físico de la salud y de las formas de recreación sana de la población, b) Grado de preparación física, c) Base material de desarrollo: instalaciones y medios materiales para el desarrollo de las actividades, cantidad de especialistas y su nivel de preparación profesional, d) Desarrollo deportivo expresado en logros concretos, dados por la participación, los récords y lugares alcanzados en competencias y eventos nacionales e internacionales (Valdés, 1986:12).
Aplica para personas con Discapacidad y también -dentro de la Educación Física- la Recreación y Expresión Corporal, que no tienen porque ser de exclusividad para Personas sin Discapacidad.

**7.6 Deporte Adaptado:** Actividad físico deportiva que es susceptible de aceptar modificaciones para posibilitar la participación de las personas con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales.

**7.7 Deporte Paralímpico**: Término Genérico que se le da al conjunto de Deportes que se llevan a cabo en los Juegos Paralímpicos, aprobados por el Comité Paralímpico Internacional.

**7.8 Certificado de Discapacidad:** Documento oficial que acredita a la persona que lo posee, como portador de una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implica desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

**7.9 Apoyo Económico temporal.-** Es la cantidad de recursos financieros, dictaminada para apoyar a las solicitudes de los miembros del equipo representativo del DIF Nacional de acuerdo a lo presupuestado, apegándose a criterios de austeridad y aplicación racional de los recursos.

**7.10 Apoyo en Especie**: Bienes o servicios que son otorgados para la población beneficiario del presente procedimiento.

## 8.0 Anexos

**8.1** Formato recibo individual de comprobación de ayudas y apoyos.

## 8.1 Recibo individual de comprobación de ayudas y apoyos

R E C I B Í. DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA LA CANTIDAD DE $ _____ (_____/100) POR CONCEPTO DE AYUDA.

PARA: _____

DICHA EROGACION SERA CARGADA AL CENTRO DE COSTO _____ DE LA _____, A LA PARTIDA **44101** POR (GASTOS RELACIONADOS CON ACTIVIDADES CULTURALES, DEPORTIVAS Y DE AYUDA EXTRAORDINARIA).

**R E C I B I**

**FIRMA**

**NOMBRE: _____**

DOMICILIO: _____

_____

CREDENCIAL IFE: _____

CURP: _____

MEXICO, D.F. A _____ DE _____DE 20___

# 13.- PROCEDIMIENTO PARA ATENDER A USUARIOS EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DISCAPACIDAD EN ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA,<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Unificar criterios de procedimientos y establecer la secuencia de actividades para la aplicación y desarrollo del Programa de Prevención de discapacidad en enfermedades crónico-degenerativas, con la finalidad de potenciar sus acciones y optimizar los recursos humanos destinados al mismo en los Centros de Rehabilitación.

## 2.0 Alcance

Aplica a todo el personal de los siguientes Centros:

Dirección de Rehabilitación

Subdirección de Unidades Operativas en los Estados.

Centros Nacionales Modelos de Atención, Investigación y Capacitación Iztapalapa, Gaby Brimmer, Ciegos y Débiles Visuales.

Centros de Rehabilitación y Educación Especial.

Centros de Rehabilitación Integral.

Centro de Rehabilitación e Integración Social.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

**3.1 Dirección de Rehabilitación**

Cumplir con el Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias a través de este programa.

Recibir los informes trimestrales de Prevención de Discapacidad en enfermedades crónico-degenerativas

**3.2 Subdirección de Unidades Operativas en los Estados**

Analizar y sistematizar los informes trimestrales del Programa de Prevención de Discapacidad en enfermedades crónico-degenerativas

Asesorar a los responsables de los centros de rehabilitación sobre la implementación del Programa de Prevención de Discapacidad en enfermedades crónico-degenerativas.

Informar a la Dirección de Rehabilitación sobre los avances del Programa de Prevención de Discapacidad en enfermedades crónico-degenerativas

**3.3 Subdirección del Centro de Rehabilitación:**
Garantizar la operación del Programa de Prevención de discapacidad en enfermedades crónico-degenerativas, a través de actividades intra y extra muros
Establecer coordinación intra y extra institucional para difundir y ampliar la cobertura del Programa de Prevención de discapacidad en enfermedades crónico-degenerativas.
Validar el Programa de Prevención de discapacidad.

**3.4 Departamento de Valoración y Tratamiento:**
Apoyar al personal responsable del programa para la elaboración del programa operativo interno de Prevención de discapacidad en enfermedades crónico-degenerativas, con base al perfil de los recursos humanos del centro y a las necesidades de la población.
Dar a conocer a todo el personal del Centro de Rehabilitación el contenido del Programa de Prevención de discapacidad en enfermedades crónico-degenerativas.
Designar un responsable así como la integración del equipo multidisciplinario para la operación del programa.
Coordinar y supervisar al personal que interviene en la operación del programa, con la finalidad de satisfacer las necesidades del usuario e implementar acciones de mejora.
Reportar las acciones del programa en el formato correspondiente, dentro de los primeros 5 días hábiles posteriores a conclusión del trimestre.

**3.5 Instruirá al Área médica para:**
Conocer el procedimiento del Programa de Prevención de discapacidad en enfermedades crónico-degenerativas.
Participar en la elaboración del Programa de Prevención de discapacidad en enfermedades crónico-degenerativas.
Conocer el programa interno de Prevención de discapacidad en enfermedades crónico-degenerativas.
Participar en las actividades específicas del programa.
Realizar el seguimiento de la referencia y contrarreferencia del usuario y del resultado obtenido en cada caso.

**3.6 Instruirá a Trabajo Social para:**
Realizar la difusión del programa en diferentes instancias de salud.
Participar con el equipo interdisciplinario en las diferentes actividades del programa.
Realizar el seguimiento correspondiente a los casos identificados por el área médica.
Realizar el trámite pertinente para la referencia de los usuarios y su atención en otra instancia de salud.
Dar seguimiento a la referencia del usuario y verificar la recepción de la contrarreferencia del mismo en el Centro de Rehabilitación.

**3.7 Instruirá al Responsable del Programa de Prevención de discapacidad en enfermedades crónico-degenerativas para:**

Elaborar el programa operativo interno de Prevención de discapacidad en enfermedades crónico-degenerativas, de acuerdo al perfil de los recursos humanos y a las necesidades de la población.

Establecer coordinación con el departamento de valoración y tratamiento para el desarrollo del programa.

Supervisar el cumplimiento de las actividades programadas.

Concentrar la información de los resultados del programa y elaborar el informe trimestral.

Participar con el equipo multidisciplinario en las diferentes actividades del programa.

Realizar el seguimiento oportuno del Programa de Prevención de discapacidad en enfermedades crónico-degenerativas.

Evaluar las acciones del programa con la finalidad de verificar el impacto y la eficacia del programa.

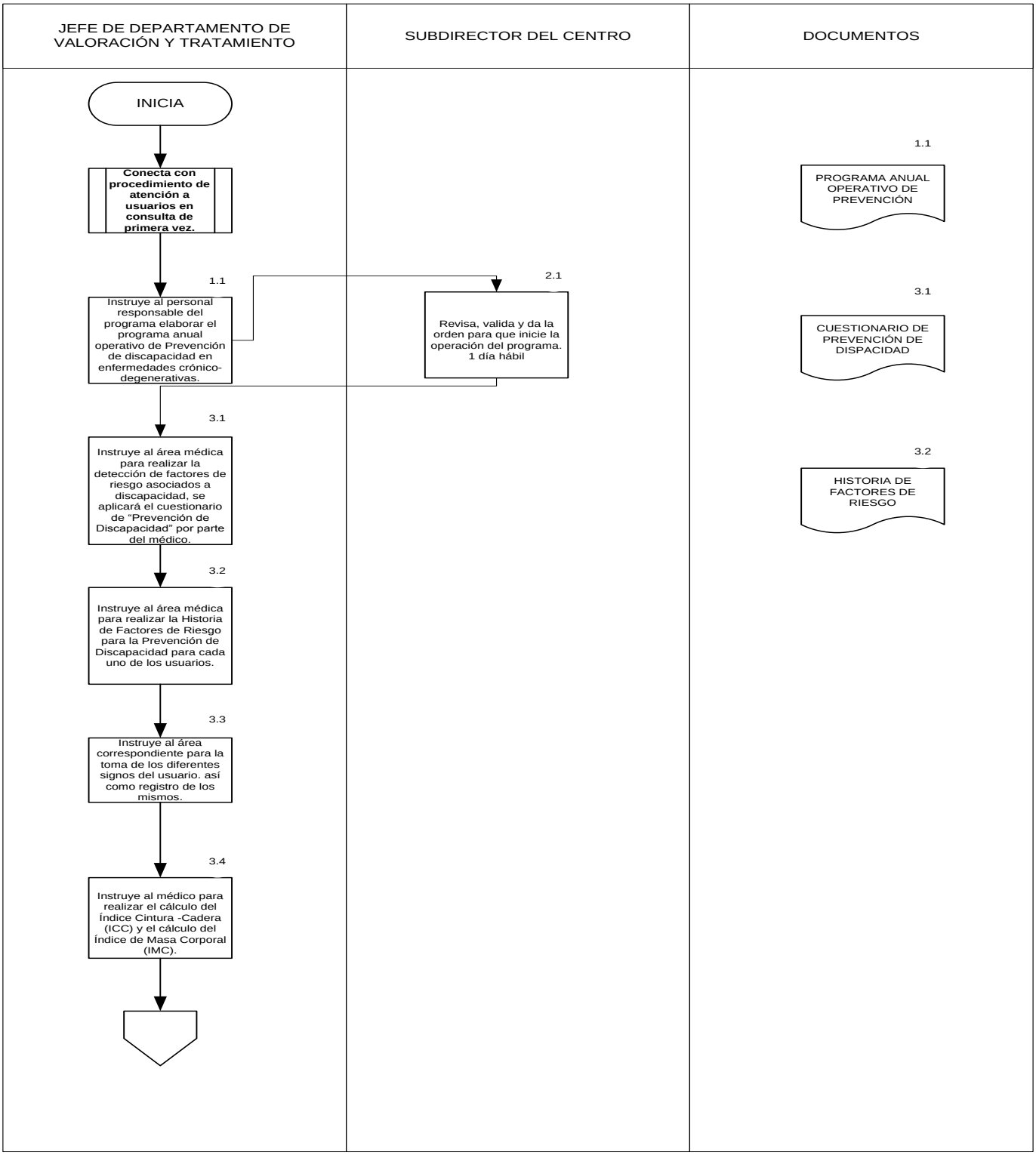
## 4.0 Descripción del procedimiento

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD NO. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| | | **Conecta con procedimiento de atención a usuarios en consulta de primera vez.** |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 1.1 | Instruye al personal responsable del programa elaborar el programa anual operativo de Prevención de discapacidad en enfermedades crónico-degenerativas, el cual debe incluir objetivo, metas y cronograma de actividades. 2 días hábiles |
| SUBDIRECTOR DEL CENTRO | 2.1 | Revisa, valida y da la orden para que inicie la operación del programa. 1 día hábil |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 3.1 | Instruye al área médica para realizar la detección de factores de riesgo asociados a discapacidad a toda persona mayor de 25 años que acuda a la Unidad de Rehabilitación sin importar el motivo de atención o consulta, se aplicará el cuestionario de “Prevención de Discapacidad” por parte del médico general o médico encargado de este programa. 1 día hábil |
| | 3.2 | Instruye al área médica para realizar la Historia de Factores de Riesgo para la Prevención de Discapacidad para cada uno de los usuarios. |
| | 3.3 | Instruye al área de enfermería o personal auxiliar habilitado para la toma de los siguientes signos del usuario: signos vitales (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria), cifras de tensión arterial, medición de peso y talla, perímetros de cintura y cadera,, toma de muestra para el dextrostix y determinación de colesterol así como registro de los mismos, realizar las tomas solo sí el paciente se encuentra en ayunas. 1 día hábil |
| | 3.4 | Instruye al médico para realizar el cálculo del Índice Cintura -Cadera (ICC) y el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC). |

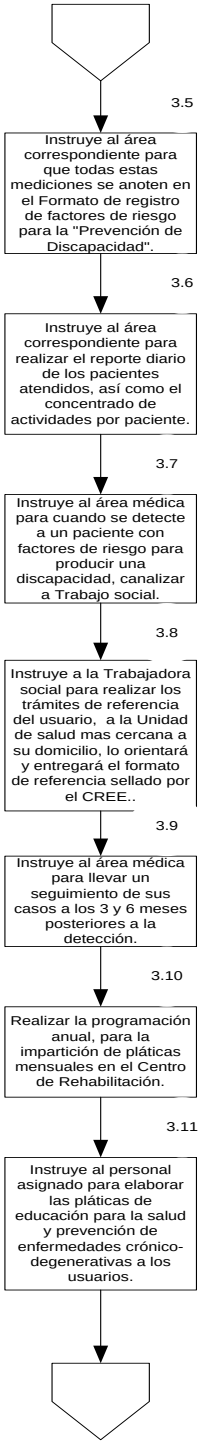
| RESPONSABLE | ACTIVIDAD NO. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 3.5 | Instruye al área médica, de enfermería o personal auxiliar habilitado para que todas estas mediciones se anoten en el Formato de registro de factores de riesgo para la "Prevención de Discapacidad". 1 día hábil |
| | 3.6 | Instruye al área médica, de enfermería o personal auxiliar habilitado para realizar el reporte diario de los pacientes atendidos, así como el concentrado de actividades por paciente. 1 día hábil |
| | 3.7 | Instruye al área médica para cuando se detecte a un paciente con factores de riesgo para producir una discapacidad, canalizar a Trabajo social. 1 día hábil |
| | 3.8 | Instruye a la Trabajadora social para realizar los trámites de referencia del usuario cuando el caso lo amerite, a la Unidad de salud mas cercana a su domicilio, lo orientará y entregará el formato de referencia sellado por el CREE, deberá verificar que lleve el nombre y firma del médico tratante. 1 día hábil |
| | 3.9 | Instruye al área médica para llevar un seguimiento de sus casos a los 3 y 6 meses posteriores a la detección, verificar que hayan acudido a consulta y que el tratamiento esté instaurado de acuerdo a la patología. 1 día hábil |
| | 3.10 | Realizar la programación anual, para la impartición de pláticas mensuales en el Centro de Rehabilitación con los temas relacionados con las enfermedades crónico degenerativas (Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, etc.) así como de factores de riesgo (obesidad, tabaquismo, etc.) 1 día hábil |

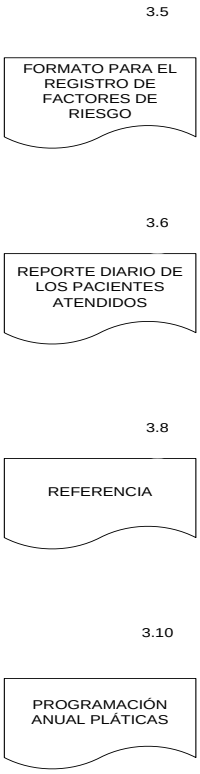
| RESPONSABLE | ACTIVIDAD NO. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 3.11 | Instruye al personal médico, de trabajo social y de enfermería para elaborar las pláticas de educación para la salud y prevención de enfermedades crónico-degenerativas a los usuarios enfatizando la referencia de usuarios a su clínica de adscripción o en caso necesario a la S.S para su atención. (10 días hábiles) |
| | 3.12 | Realiza la programación de las pláticas de sensibilización a todo el personal médico, paramédico y administrativo del Centro de rehabilitación. (3 días hábiles) |
| | 3.13 | Realiza el concentrado trimestral del total de acciones realizadas por el personal involucrado para revisión y visto bueno del Coordinador General del Centro de Rehabilitación, para su envío a la Dirección de Rehabilitación. 1 día hábil |
| COORDINADOR GENERAL | 4.1 | Firma y envía formato trimestral a la Dirección General de Rehabilitación. 1 día hábil<br><br>**TERMINA** |

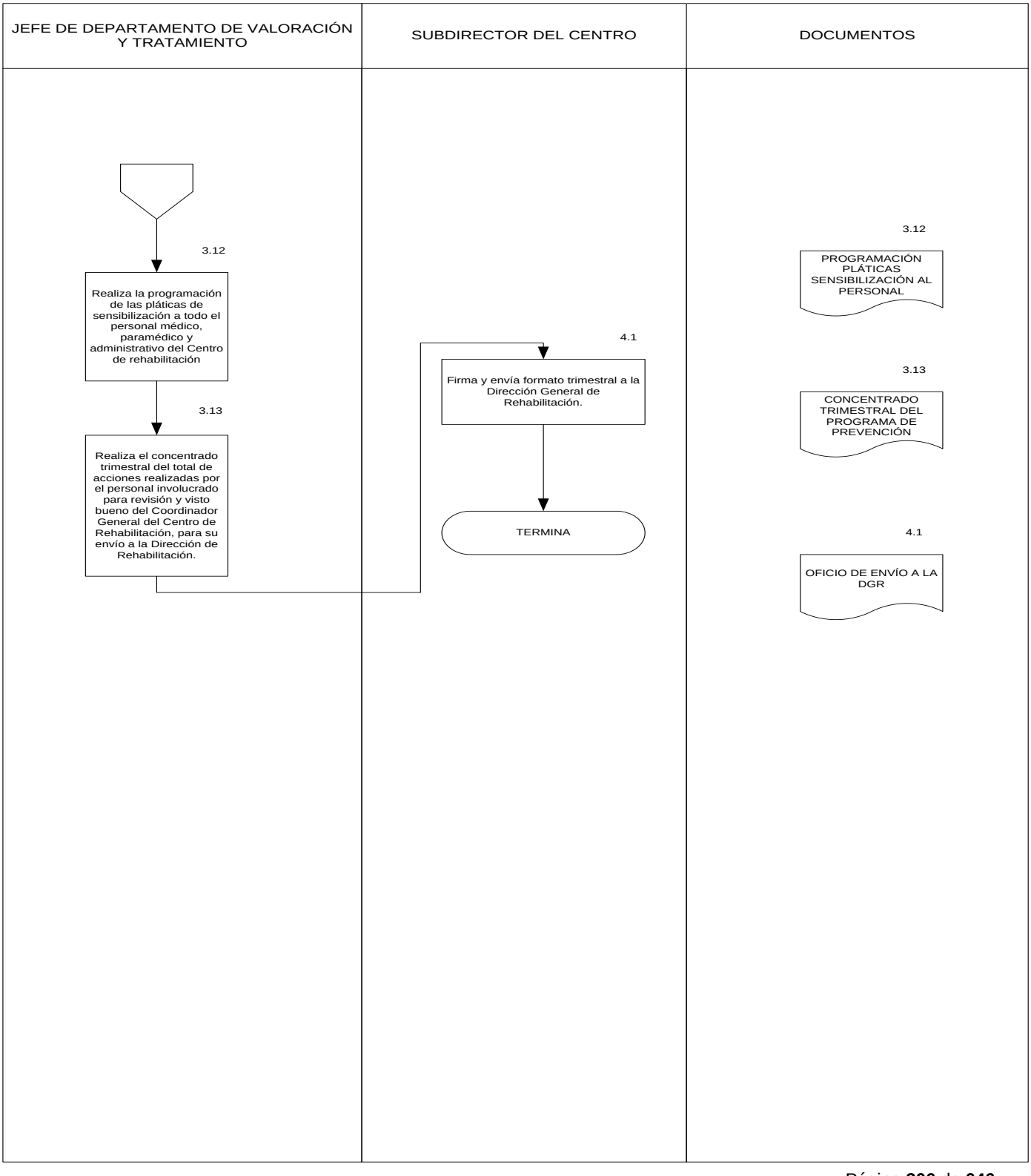
## 5.0 Diagrama de Flujo



| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | SUBDIRECTOR DEL CENTRO | DOCUMENTOS |
|---|---|---|




JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO
SUBDIRECTOR DEL CENTRO
DOCUMENTOS
3.12
Realiza la programación de las pláticas de sensibilización a todo el personal médico, paramédico y administrativo del Centro de rehabilitación
3.13
Realiza el concentrado trimestral del total de acciones realizadas por el personal involucrado para revisión y visto bueno del Coordinador General del Centro de Rehabilitación, para su envío a la Dirección de Rehabilitación.
4.1
Firma y envía formato trimestral a la Dirección General de Rehabilitación.
TERMINA
3.12
PROGRAMACIÓN PLÁTICAS SENSIBILIZACIÓN AL PERSONAL
3.13
CONCENTRADO TRIMESTRAL DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN
4.1
OFICIO DE ENVÍO A LA DGR

## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1** Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.<br>(D.O.F. 29 de diciembre de 1976. Última reforma 17 de junio de 2009). |
| **6.2** Ley General de Salud.<br>(D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.3** Ley de Asistencia Social.<br>(D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.4** Ley de Coordinación Fiscal.<br>(D.O.F. 27 de Diciembre de 1978. Última reforma 24 de Junio de 2009). |
| **6.5** Ley de Planeación.<br>(D.O.F. 5 de enero de 1983. Última reforma 20 de junio de 2011). |
| **6.6** Ley Federal de las Entidades Paraestatales.<br>(D.O.F. 14 de mayo de1986. Última reforma 28 de noviembre de 2008). |
| **6.7** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de Sector Público.<br>(D.O.F. 4 de enero de 2000. Última reforma 15 de junio de 2011). |
| **6.8** Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.<br>(D.O.F. 13 Marzo del 2002. Última reforma 28 de Mayo de 2009). |
| **6.9** Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.<br>(D.O.F. 11 de junio de 2002. Última reforma 5 de julio de 2010). |
| **6.10** Ley General de Bienes Nacionales.<br>(D.O.F. 20 de mayo de 2004. Última reforma 31 de agosto de 2007). |
| **6.11** Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.<br>(D.O.F. 30 de Marzo de 2006. Última reforma 31 de Diciembre de 2008). |
| **6.12** Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011.<br>(D.O.F. 15 de Octubre de 2010). |
| **6.13** PRESUPUESTO de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011.<br>(D.O.F. 7-12-2010). |
| **6.14** Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.<br>(D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.15** Condiciones Generales de Trabajo (2008-2010). |
| **6.16** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.17** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.18** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## 7.0 Glosario

**7.1 Diabetes Mellitus:** Trastorno metabólico originado en la incapacidad celular para incorporar glucosa. En forma secundaria, suelen afectarse el metabolismo de grasas y proteínas. Esta producida por un déficit absoluto o relativo de insulina (ver). Sus principales características son el aumento de la glucosa sanguínea (glucemia), poliuria, polidipsia y polifagia.

**7.2 Dextrostix:** Tiras reactivas para la determinación semicuantitativa de glucosa en sangre con límites de detección que van de 20 a 800 mg/dL.

**7.3 Diagnóstico:** Determina la situación clínica de una persona a través de la elaboración de una historia clínica y exploración física.

**7.4 Expediente Clínico:** Documento oficial, de carácter legal, confidencial, propiedad de la Institución que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias que constituyen una herramienta de obligatoriedad para los sectores públicos, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

**7.5 Factor de riesgo:** característica o factor que se ha observado que está asociado con un aumento de la probabilidad de que aparezca una enfermedad. Un factor de riesgo no implica necesariamente la existencia de una relación causa-efecto, implica que al menos se ha establecido una asociación a nivel individual.

**7.6 Hipercolesterolemia:** presencia de colesterol en sangre por encima de los niveles considerados normales. Este aumento, que se asocia a problemas coronarios, depende de la dieta, el sexo, el estilo de vida y la síntesis endógena. Es el aumento de los niveles de colesterol en sangre por arriba de 200mg/dl.

**7.7 Hipertensión arterial:** es la elevación persistente de las cifras de la presión arterial por encima de los valores considerados normales, que en adulto(edad igual o mayor a los 18 años, incluyendo ancianos): PA sistólica de 140 milímetros de mercurio (mmHg) de tensión sistólica ó mas, PA diastólica de 90 mmHg ó mas de tensión diastólica.

**7.8 Hipertensión arterial en el embarazo:** aumento de la presión arterial sistólica en al menos 30 mmHg o de la diastólica en 15 mmHg o más respecto a la PA conocida antes de la 22ª semana de gestación.

**7.9 Historia Clínica:** Documento médico legal que consta de interrogatorio, exploración física, diagnósticos y tratamientos, y que deberá ser elaborada por el médico.

**7.10 Índice Cintura-Cadera (ICC):** Es una medida antropométrica específica para medir los niveles de grasa intra abdominal, relaciona el perímetro de la cintura con el de la cadera (en centímetros) y dependiendo del resultado se estima si hay cierto riesgo cardiovascular. La OMS establece niveles normales de 0.8 en mujeres y 1 en hombres, valores superiores se asocian a un riesgo cardiovascular aumentado.

**7.11 Índice de Masa Corporal (IMC):** El índice de masa corporal es igual al peso de una persona en kilogramos (kg) dividido por su altura en metros (m) al cuadrado. Dado que el IMC describe el peso corporal en relación con la altura, que está fuertemente correlacionada con el contenido total de grasa corporal en los adultos.

**7.12 Obesidad:** Es una condición crónica se define por un exceso de grasa corporal. La cantidad normal de grasa corporal (expresada como porcentaje de grasa corporal) es entre 25% a 30% en mujeres y 18% a 23% en los hombres. Las mujeres con más de 30% de grasa corporal y los hombres con más de 25% de grasa corporal son considerados obesos. El cálculo del índice de masa corporal (IMC) también se ha utilizado en la definición de la obesidad, por lo que la obesidad se define como un IMC de 30 o más.

**7.13 Presión arterial (TA):** La presión arterial es la presión de la sangre en las arterias. Esta es producida principalmente por la contracción del músculo del corazón. Esta medición se registra con dos números. El primero (presión sistólica) se mide después de que el corazón se contrae y es más alta. La segunda (presión diastólica) se mide cuando el corazón se contrae y es más baja.

**7.14 Riesgo:** puede denotar una probabilidad, contingencia, un factor, consecuencia, una adversidad o amenaza potencial o proximidad de un daño. El riesgo se define como una probabilidad de un resultado sanitario adverso, o un factor que aumenta la probabilidad.

**7.15 Signos Vitales:** Conjunto de variables fisiológicas que son la presión arterial, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria y la temperatura corporal.

## 8.0 Anexos

**8.1** Formato Historia de factores de riesgo para el registro en el Programa de Prevención de Discapacidad.

**8.2** Formato Registro de factores de riesgo.

**8.3** Formato Reporte Trimestral de las acciones del programa de Prevención de discapacidad en enfermedades crónico degenerativas.

## 8.1 Historia de factores de riesgo para el registro en el Programa de Prevención de Discapacidad.

### HISTORIA DE FACTORES DE RIESGO PARA EL REGISTRO EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DISCAPACIDAD

Fecha: ____(1)_____

**PRA-DGR-13-F1**

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____(2)_____

Edad: _____(3)_____ Sexo: _____(4)_____ Nº Expediente: _____(5)_____

Estado civil: _____(6)_____ Ocupación: _____(7)_____

Domicilio: _____(8)_____

Colonia: _____(9)_____Teléfono: _____(10)_____

ANTECEDENTES DEL USUARIO

**Antecedentes heredofamiliares:**

(11) Diabetes Mellitus; (12) Hipertensión arterial; (13) Cardiopatías; (14) Enfermedad vascular cerebral; (15) Obesidad; (16) Enfermedades Renales; (17) Otras: ¿Cuál?_____

_____

_____.

**Antecedentes personales no patológicos:**

Tabaquismo (18): No ( ) Sí ( ) ¿desde cuándo? __(19)___ Nº. De cigarrillos al día_____(20)_____

Alcoholismo (21): No ( ) Sí ( ) Social ( ) ¿Frecuencia? (tiempo y cantidad) _____(22)_____

Drogas (23): No ( ) Sí ( ) ¿Frecuencia? (tipo, tiempo y cantidad) _____(24)_____

Realiza ejercicio (25): No ( ) Sí ( ) ¿cuál? _____(26)_____Frecuencia:_____(27)_____

Nº. De integrantes en la familia: ___(28)_____Rol en la familia: _____(29)_____

Puesto en el trabajo: _____(30) _____

Realiza sus alimentos en horarios establecidos (31) Sí ( ) No ( ) Nº de comidas que hace en el día: _(32)_

**Antecedentes personales patológicos:**

Padece alguna enfermedad (33) No ( ) Sí ( ) ¿cuál?: _____(34)_____

_____.

Toma algún medicamento, ¿cuál?: _____(35)_____

_____.

¿Cirugías? (36) No ( ) Sí ( ) ¿cuál? _____(37)_____Fecha (s): _____(38)_____

# INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HISTORIA DE FACTORES DE RIESGO PARA EL REGISTRO EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DISCAPACIDAD

| N°. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | **Con números arábigos la fecha iniciando por día mes y año.** |
| 2 | **Nombre (s) del usuario, apellidos paterno y materno.** |
| 3 | **Edad en años y meses.** |
| 4 | **Colocar M (para sexo masculino) y F (para sexo femenino).** |
| 5 | **Número de expediente iniciando por el número, una diagonal y año de apertura.** |
| 6 | **Estado civil del usuario.** |
| 7 | **Ocupación del usuario.** |
| 8 | Domicilio completo del usuario, con número interior y exterior, según sea el caso. |
| 9 | Colonia de residencia del usuario. |
| 10 | Teléfono con LADA, en caso de no contar con él, anotar el número de un familiar en donde se pueda dejar recado. |
| 11 | Marcar con una cruz en caso de tener este antecedente. |
| 12 | Marcar con una cruz en caso de tener este antecedente. |
| 13 | Marcar con una cruz en caso de tener este antecedente. |
| 14 | Marcar con una cruz en caso de tener este antecedente. |
| 15 | Marcar con una cruz en caso de tener este antecedente. |
| 16 | Marcar con una cruz en caso de tener este antecedente. |
| 17 | Marcar con una cruz en caso de tener este antecedente, agregar de cuál. |
| 18 | Colocar una “X” según sea el caso, sí o no. |
| 19 | Anotar número de días, meses o años aproximados. |
| 20 | Anotar número de cigarrillos, especificar al día a la semana o al mes. |
| 21 | Colocar una “X” según sea el caso, sí o no. |
| 22 | Anotar desde cuándo y cantidad (número de copas), especificar al día a la semana o al mes. |
| 23 | Colocar una “X” según sea el caso, sí o no. |
| 24 | **Anotar tipo, tiempo de consumo y cantidad consumida, especificar al día a la semana o al mes.** |
| 25 | Colocar una “X” según sea el caso, sí o no. |
| 26 | Especificar tipo de ejercicio: natación, aerobics, etc. |
| 27 | Especificar frecuencia, al día, a la semana, al mes. |

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA HISTORIA DE FACTORES DE RIESGO PARA EL REGISTRO EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DISCAPACIDAD

| N°. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 28 | Con números arábigos, los integrantes de la familia, incluyendo al usuario. |
| 29 | Rol en la familia (madre, padre, tutor, hijo, etc.). |
| 30 | Puesto desempeñado en el trabajo. |
| 31 | Colocar una "X" según sea el caso, sí o no. |
| 32 | Con números arábigos, cuántas comidas realiza en el día. |
| 33 | Colocar una "X" según sea el caso, sí o no. |
| 34 | Especificar el tipo. |
| 35 | Tipo de tratamiento (especificar medicamentos y dosis). |
| 36 | Colocar una "X" según sea el caso, sí o no. |
| 37 | Tipo de cirugía. |
| 38 | Fecha en que se practicó la cirugía. |

## 8.2 Registro de factores de riesgo.

**PRA-DGR-13-F2**

| MEDICIONES | |
|---|---|
| Frecuencia Cardiaca | _____(1)_____x´ |
| Frecuencia Respiratoria | _____(2)_____x´ |
| Tensión Arterial | _____(3)_____mmHg |
| Peso | _____(4)_____Kg |
| Talla | _____(5)_____m |
| Índice de Masa Corporal (IMC)* | _____(6)_____$Kg/m^2$ |
| Perímetro de la cintura | _____(7)_____cm |
| Perímetro de la cadera | _____(8)_____cm |
| Índice de Cintura-Cadera (ICC)* | _____(9)_____cm |
| Dextrostix | _____(10)_____mg/dl |
| Colesterol | _____(11)_____mg/dl |

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE REGISTRO DE FACTORES DE RIESGO

| N°. | DEBE DECIR: |
|---|---|
| 1 | **Con números arábigos los latidos cardiacos por minuto** |
| 2 | **Con números arábigos la frecuencia respiratoria por minuto.** |
| 3 | **Con números arábigos la presión arterial sistólica seguida de una diagonal y la diastólica, en milímetros de mercurio (mmHg), por ejemplo: 120/80 mmHg.** |
| 4 | **Con números arábigos peso corporal en kilogramos.** |
| 5 | **Con números arábigos la talla o estatura en metros.** |
| 6 | Con números arábigos el Índice de Masa Corporal (IMC), es decir, resultado de la división entre el peso en kilogramo sobre la altura en metros elevado al cuadrado:<br>IMC = peso / altura$^2$ |
| 7 | **Con números arábigos perímetro de la cintura en centímetros.** |
| 8 | **Con números arábigos perímetro de la cadera en centímetros.** |
| 9 | **Con números arábigos el Índice de Cintura-Cadera (ICC), es decir, el resultado de la división entre el perímetro de la cintura (PCint) sobre el perímetro de la cadera (PCad):**<br>**ICC= PCint / PCad** |
| 10 | **Con números arábigos las cifras de glucosa que correspondan de acuerdo al color de la tira reactiva.** |
| 11 | **Con números arábigos las cifras de colesterol que correspondan de acuerdo al color de la tira reactiva.** |
| 12 | **Nombre y firma de quien realizó la toma de las mediciones.** |

**8.3** Reporte Trimestral de las acciones del programa de Prevención de discapacidad en enfermedades crónico degenerativas.

**PRA-DGR-13-F3**

SALUD DIF Nacional

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

**PROGRAMA SUSTANTIVO PREVENCIÓN DE DISCAPACIDAD EN ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS**

CENTRO:_____(1)_____ TRIMESTRE: _____(2)_____

| | PROGRAMADO (3) | REALIZADO (4) | VARIACIÓN (5) |
|---|---|---|---|
| PACIENTES ATENDIDOS | (6) | | |
| DEXTROSTIX | (7) | | |
| PACIENTES DETECTADOS CON CIFRAS ALTAS DE GLUCOSA | (8) | | |
| COLESTEROLEMIAS | (9) | | |
| PACIENTES CON COLESTEROL > 200 mg | (10) | | |
| CIFRAS DE T.A. TOMADAS | (11) | | |
| PACIENTES DETECTADOS CON T.A. ALTA | (12) | | |
| PACIENTES DETECTADOS CON SOBREPESO | (13) | | |
| PACIENTES DETECTADOS CON OBESIDAD | (14) | | |
| PLATICAS | (15) | | |
| ASISTENTES | (16) | | |
| TEMAS ABORDADOS | (17) | | |
| PACIENTES REFERIDOS A OTRA INSTITUCION | (18) | | |
| OTRO TIPO DE DETECCIONES | (19) | | |

NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL LLENADO:_____(20)_____
NOMBRE DEL COORDINADOR GENERAL:_____(21)_____

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO TRIMESTRAL DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DISCAPACIDAD EN ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS

| N°. | DEBE DECIR: |
|---|---|
| 1 | Nombre y entidad federativa del Centro de Rehabilitación. |
| 2 | Trimestre al que corresponde el reporte. |
| 3 | Total de pacientes o acciones programadas en el trimestre. |
| 4 | Total de pacientes o acciones programadas en el trimestre. |
| 5 | Variación en porcentaje entre lo programado y lo realizado ((realizado/programado x100)-100) |
| 6 | Número total de Pacientes atendidos por trimestre en el programa (si a un paciente se le realizaron toma de tensión arterial, dextrostix y peso y talla es un solo paciente con 4 acciones). |
| 7 | Número total de dextrostix realizadas. |
| 8 | Número de pacientes detectados con cifras altas de glucosa. |
| 9 | Número total de colesterolemias realizadas. |
| 10 | Número total de pacientes con colesterol mayor a 200mg/dl. |
| 11 | Número de pacientes a quienes se les tomó su presión arterial. |
| 12 | Número de pacientes detectados con cifras altas de presión arterial. |
| 13 | Número de pacientes detectados con sobrepeso. |
| 14 | Número total de pacientes detectados con obesidad. |
| 15 | Número total de pláticas impartidas. |
| 16 | Número total de asistentes a las pláticas. |
| 17 | Describa los temas abordados en las pláticas. |
| 18 | Número total de pacientes referidos a otra institución en el trimestre. |
| 19 | Anotar y describir si se realizan otro tipo de detecciones, por ejemplo: número de densitometrías, pacientes detectados con osteopenia, pacientes detectados con osteoporosis, etc. |
| 20 | Nombre y cargo del responsable del llenado. |
| 21 | Nombre del Coordinador General. |

# 14.- PROCEDIMIENTO PARA ATENDER A USUARIOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA, DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Unificar criterios de procedimientos y establecer la secuencia de actividades para la aplicación y desarrollo del Programa de Atención al Adulto Mayor en los Centros de Rehabilitación, con la finalidad de potenciar sus acciones y optimizar los recursos humanos destinados al mismo en los Centros de Rehabilitación.

## 2.0 Alcance

Aplica a las siguientes instancias:

Dirección de Rehabilitación

Subdirección de Unidades Operativas en los Estados.

Centros Nacionales Modelos de Atención, Investigación y Capacitación Iztapalapa, Gaby Brimmer, Ciegos y Débiles Visuales.

Centros de Rehabilitación y Educación Especial.

Centros de Rehabilitación Integral.

Centro de Rehabilitación e Integración Social

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

**3.1 Dirección de Rehabilitación:**
Cumplir con el Programa de Atención al Adulto Mayor e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias a través de este programa.
Recibir los informes trimestrales del Programa de Atención al Adulto Mayor.

**3.2 Subdirección de Unidades Operativas en los Estados:**
Analizar y sistematizar los informes trimestrales del Programa de Atención al Adulto Mayor.
Asesorar a los responsables de los centros de rehabilitación sobre la implementación del Programa de Atención al Adulto Mayor.
Informar a la Dirección de Rehabilitación sobre los avances del Programa de Atención al Adulto Mayor.

**3.3 Subdirección del Centro de Rehabilitación:**
Garantizar la operación del Programa de Atención al Adulto Mayor, a través de actividades intra y extra muros.
Establecer coordinación intra y extra institucional para difundir y ampliar la cobertura del Programa de Atención al Adulto Mayor.
Validar el Programa de Atención al Adulto Mayor.

**3.4 Departamento de Valoración y Tratamiento:**
Apoyar al personal responsable del programa para la elaboración del programa operativo interno de Atención del Adulto Mayor, con base al perfil de los recursos humanos del centro y a las necesidades de la población.
Dar a conocer a todo el personal del Centro de Rehabilitación el contenido del Programa de Atención al Adulto Mayor.
Designar un responsable así como la integración del equipo multidisciplinario para la operación del programa.
Coordinar y supervisar al personal que interviene en la operación del programa, con la finalidad de satisfacer las necesidades del usuario e implementar acciones de mejora.
Reportar las acciones del programa en el formato correspondiente, dentro de los primeros 5 días hábiles posteriores a la conclusión del trimestre.

**3.5 Instruir al Área médica para:**
Conocer el procedimiento del Programa de Atención al Adulto Mayor.
Participar en la elaboración del Programa de Atención al Adulto Mayor.
Conocer el programa interno de Programa de Atención al Adulto Mayor.
Participar en las actividades específicas del programa.

**3.6 Instruir a Trabajo Social para:**
Realizar la difusión del programa en diferentes instancias de salud.
Participar con el equipo interdisciplinario en las diferentes actividades del programa.
Realizar el seguimiento correspondiente a los casos identificados por el área médica.

**3.7 Instruir al Responsable del Programa de Atención al Adulto Mayor para:**
Elaborar el programa operativo interno de Atención al Adulto Mayor, de acuerdo al perfil de los recursos humanos y a las necesidades de la población.
Establecer coordinación con el departamento de valoración y tratamiento para el desarrollo del programa.
Supervisar el cumplimiento de las actividades programadas.
Concentrar la información de los resultados del programa y elaborar el informe trimestral.
Participar con el equipo multidisciplinario en las diferentes actividades del programa.
Realizar el seguimiento oportuno del Programa de Atención al Adulto Mayor.
Evaluar las acciones del programa con la finalidad de verificar el impacto y la eficacia del programa.

## 4.0 Descripción del procedimiento

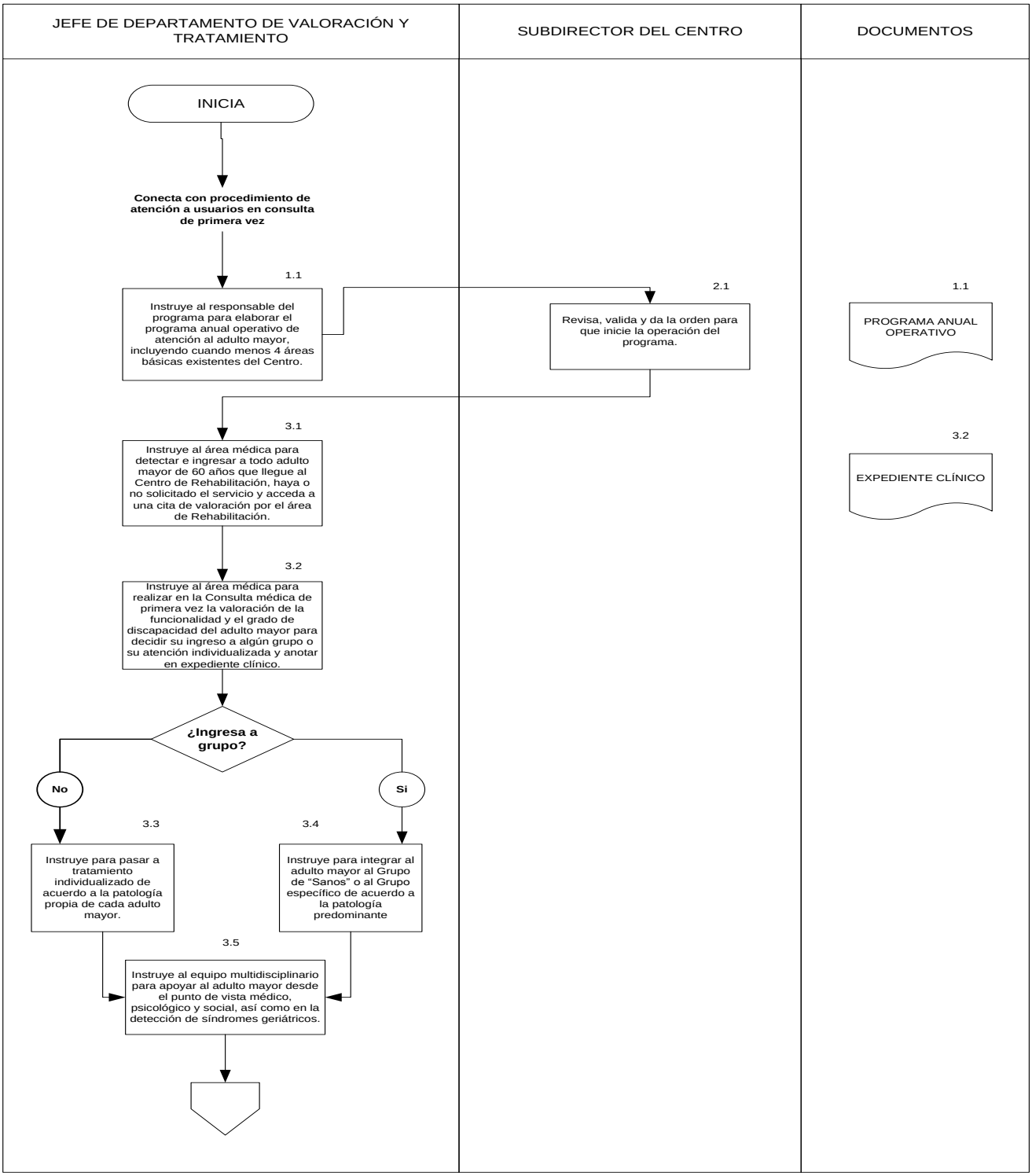
| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| | | **Conecta con procedimiento de Atender a Usuarios en la Consulta Médica de Primera Vez** |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 1.1 | Instruye al responsable para la elaboración del programa operativo anual de atención al Adulto Mayor, incluir la intervención de al menos cuatro áreas básicas existentes en los Centros de Rehabilitación: médica, psicológica, trabajo social, terapia física y ocupacional y en caso de contar con otras especialidades como odontología, nutrición, oftalmología, neurología, ortopedia, enfermería, etc., se sumarán a las actividades del programa. (10 días hábiles) |
| SUBDIRECCIÓN DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN | 2.1 | Revisa, valida y da la orden para que inicie la operación del programa. (3 días hábiles) |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 3.1 | Instruye al área médica para detectar e ingresar a todo Adulto Mayor de 60 años que llegue al Centro de Rehabilitación, haya o no solicitado el servicio y acceda a una cita de valoración por el área de Rehabilitación. |
| | 3.2 | Instruye al área médica para realizar en la Consulta médica de primera vez valoración de la funcionalidad y el grado de discapacidad del Adulto Mayor para decidir su ingreso a algún grupo de Adultos Mayores (grupo de “sanos”, de lumbalgia, gonartrosis, etc.) o decidir su atención individualizada y anotar en expediente clínico. ( mismo día hábil)<br>¿Ingresa a Grupo?<br>**NO** |
| | 3.3 | Instruye al área médica para pasar a tratamiento individualizado de acuerdo a la patología propia de cada Adulto Mayor. ( mismo día hábil) |
| | 3.4 | **SI**<br>Instruye para integrar al Adulto Mayor al Grupo de “Sanos” o al Grupo específico de acuerdo a la patología predominante (lumbalgia, gonartrosis, enfermedad vascular cerebral, etc.) ( mismo día hábil) |

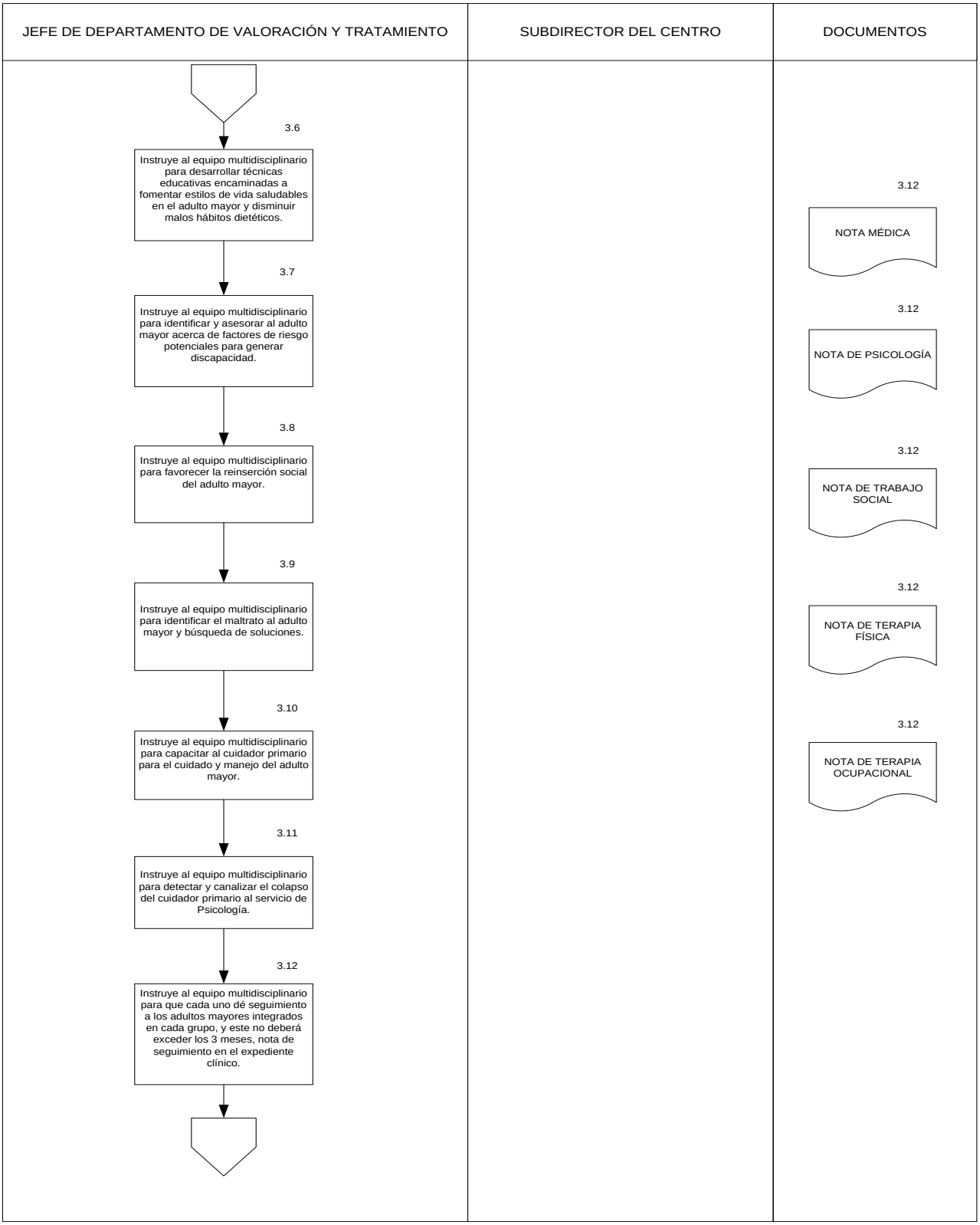
| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 3.5 | Instruye al equipo multidisciplinario para apoyar al Adulto Mayor desde el punto de vista médico, psicológico y social, así como en la detección de síndromes geriátricos. ( mismo día hábil) |
| | 3.6 | Instruye al equipo multidisciplinario para desarrollar técnicas educativas encaminadas a fomentar estilos de vida saludables en el Adulto Mayor y disminuir malos hábitos dietéticos. ( mismo día hábil) |
| | 3.7 | Instruye al equipo multidisciplinario para identificar y asesorar al Adulto Mayor acerca de factores de riesgo potenciales para generar discapacidad. ( mismo día hábil) |
| | 3.8 | Instruye al equipo multidisciplinario para favorecer la reinserción social del Adulto Mayor. ( mismo día hábil) |
| | 3.9 | Instruye al equipo multidisciplinario para identificar el maltrato al Adulto Mayor y búsqueda de soluciones. |
| | 3.10 | Instruye al equipo multidisciplinario para capacitar al cuidador primario para el cuidado y manejo del Adulto Mayor. ( mismo día hábil) |
| | 3.11 | Instruye al equipo multidisciplinario para detectar y canalizar el colapso del cuidador primario al servicio de Psicología. |
| | 3.12 | Instruye al equipo multidisciplinario para que cada uno dé seguimiento a los Adultos Mayores integrados en cada grupo, y este no deberá exceder los 3 meses, con sus respectivas notas de seguimiento en el expediente clínico. |
| | 3.13 | Instruye al equipo multidisciplinario para realizar el reporte diario de los pacientes atendidos, así como el concentrado de actividades por usuario. ( mismo día hábil) |

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 3.14 | Instruye al área de Trabajo social para detectar intra y extra institucional a la población Adulta Mayor en grupos establecidos dentro de las comunidades (en instancias de salud, grupos de Adultos Mayores y asilos, etc.) ( 1 día hábil) |
| | 3.15 | Instruye al área de Trabajo social para canalizar **en caso necesario** y de manera oportuna al área de Asistencia Social para su atención como población vulnerable. ( mismo día hábil) |
| | 3.16 | Instruye a Trabajo social para favorecer la creación de redes sociales entre los Adultos Mayores. |
| | 3.17 | Instruye al área de Psicología para realizar dinámicas con el Adulto Mayor para su auto aceptación y mejorar su calidad de vida. ( mismo día hábil) |
| | 3.18 | Instruye al área de Psicología para realizar dinámicas con el Adulto Mayor y sus familias en temas relacionados con la sobreprotección y falta de atención, que puede generar la extinción del autocuidado. ( mismo día hábil) |
| | 3.19 | Instruye al Psicólogo para realizar un programa encaminado a preservar y mejorar las funciones cognitivas del Adulto Mayor. ( 3 día hábil) |
| | 3.20 | Instruye al Supervisor del área paramédica o de tratamiento para coordinar los grupos de Adultos Mayores en las áreas de Terapia Física y Ocupacional de acuerdo al programa establecido por el médico tratante (ver Tarjetón de Terapias). |
| | 3.21 | Instruye al área de Terapia física para aplicar un programa preventivo de ejercicios de acuerdo a la población usuaria Adulta Mayor. ( mismo día hábil) |
| | 3.22 | Instruye al área de Terapia Física para proporcionar el tratamiento para mantener y mejorar la movilidad articular. ( mismo día hábil) |

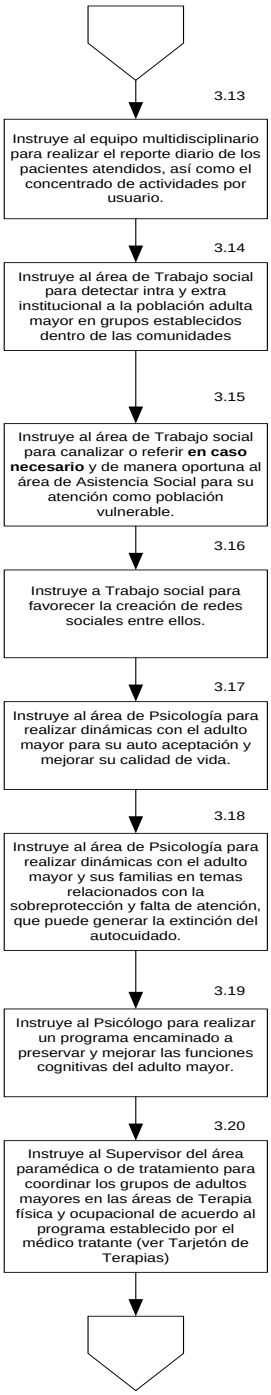
| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | 3.23 | Instruye al área de Terapia Física para dar tratamiento individualizado de acuerdo a la patología de cada Adulto Mayor y de acuerdo al tratamiento prescrito por el médico tratante. (mismo día hábil) |
| | 3.24 | Instruye al área de Terapia Ocupacional para favorecer el autocuidado en el Adulto Mayor. (mismo día hábil) |
| | 3.25 | Instruye al área de Terapia ocupacional para mantener y restaurar en su caso, la independencia en las actividades de la vida diaria, así como en las instrumentales. (mismo día hábil) |
| | 3.26 | Instruye al área de Terapia Ocupacional para promover acciones contra los riesgos potenciales en el hogar y lugares públicos. (mismo día hábil) |
| | 3.27 | Instruye al responsable del programa para realizar la programación anual, para la impartición de pláticas mensuales en el Centro de Rehabilitación con los temas relacionados con las enfermedades específicas del Adulto Mayor, así como, de factores de riesgo. (10 días hábiles) |
| | 3.28 | Realiza el concentrado trimestral del total de acciones realizadas por el personal involucrado para revisión y visto bueno del Subdirector del Centro de Rehabilitación, para su envío a la Dirección de Rehabilitación. (1 día hábil) |
| SUBDIRECCIÓN DEL CENTRO DE REHABILITACION | 4.1 | Revisa, aprueba, firma y envía Informe trimestral de acciones con oficio para el Director General de Rehabilitación. (1 día hábil)<br><br>**TERMINA**<br>**Conecta con Procedimiento para Atender a Usuarios en la Consulta Subsecuente Médica y Paramédica** |

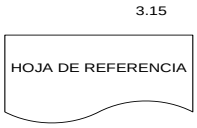
## 5.0 Diagrama de Flujo

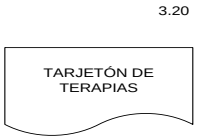


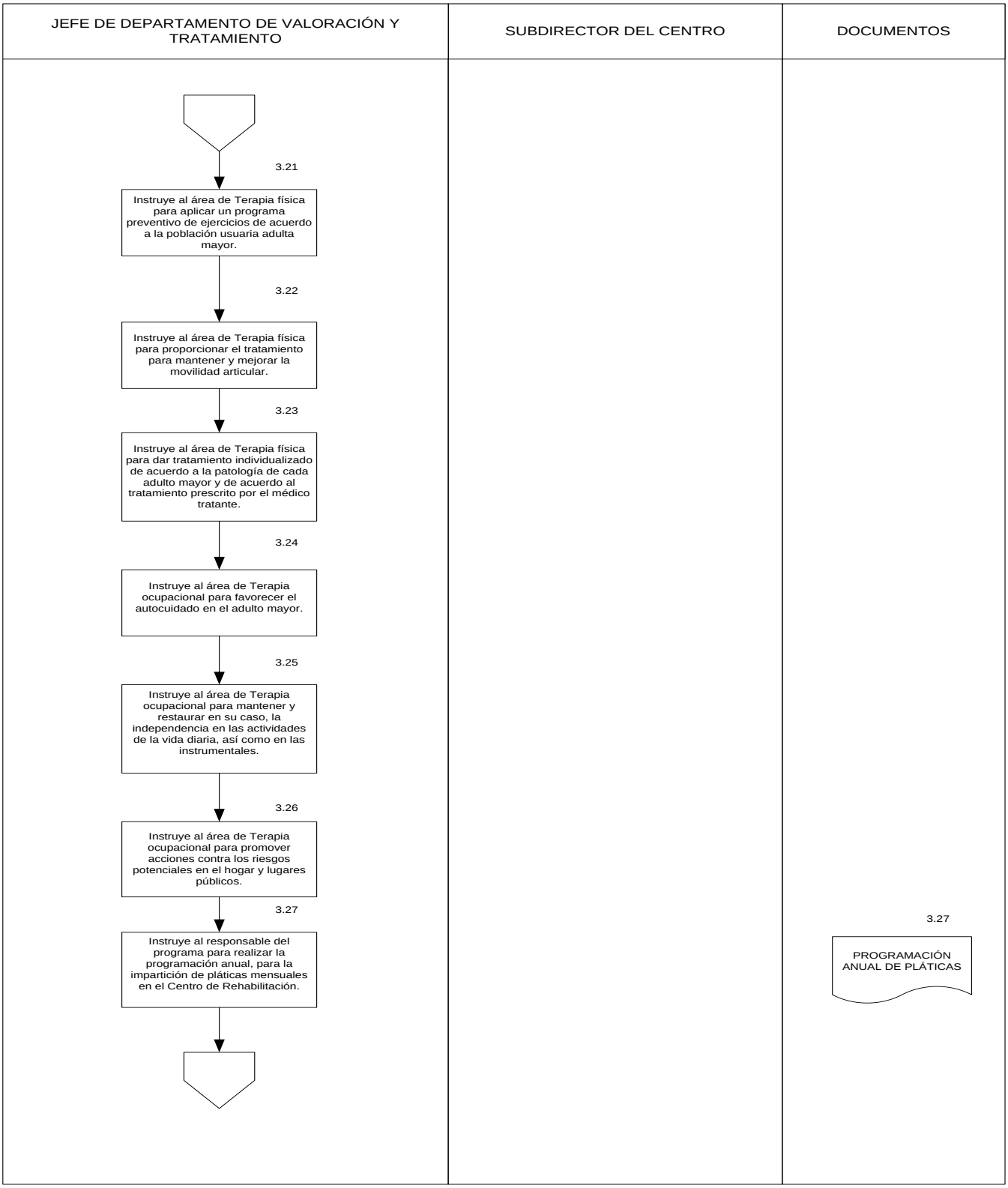

JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO
SUBDIRECTOR DEL CENTRO
DOCUMENTOS
3.6
Instruye al equipo multidisciplinario para desarrollar técnicas educativas encaminadas a fomentar estilos de vida saludables en el adulto mayor y disminuir malos hábitos dietéticos.
3.7
Instruye al equipo multidisciplinario para identificar y asesorar al adulto mayor acerca de factores de riesgo potenciales para generar discapacidad.
3.8
Instruye al equipo multidisciplinario para favorecer la reinserción social del adulto mayor.
3.9
Instruye al equipo multidisciplinario para identificar el maltrato al adulto mayor y búsqueda de soluciones.
3.10
Instruye al equipo multidisciplinario para capacitar al cuidador primario para el cuidado y manejo del adulto mayor.
3.11
Instruye al equipo multidisciplinario para detectar y canalizar el colapso del cuidador primario al servicio de Psicología.
3.12
Instruye al equipo multidisciplinario para que cada uno dé seguimiento a los adultos mayores integrados en cada grupo, y este no deberá exceder los 3 meses, nota de seguimiento en el expediente clínico.
3.12
NOTA MÉDICA
3.12
NOTA DE PSICOLOGÍA
3.12
NOTA DE TRABAJO SOCIAL
3.12
NOTA DE TERAPIA FÍSICA
3.12
NOTA DE TERAPIA OCUPACIONAL

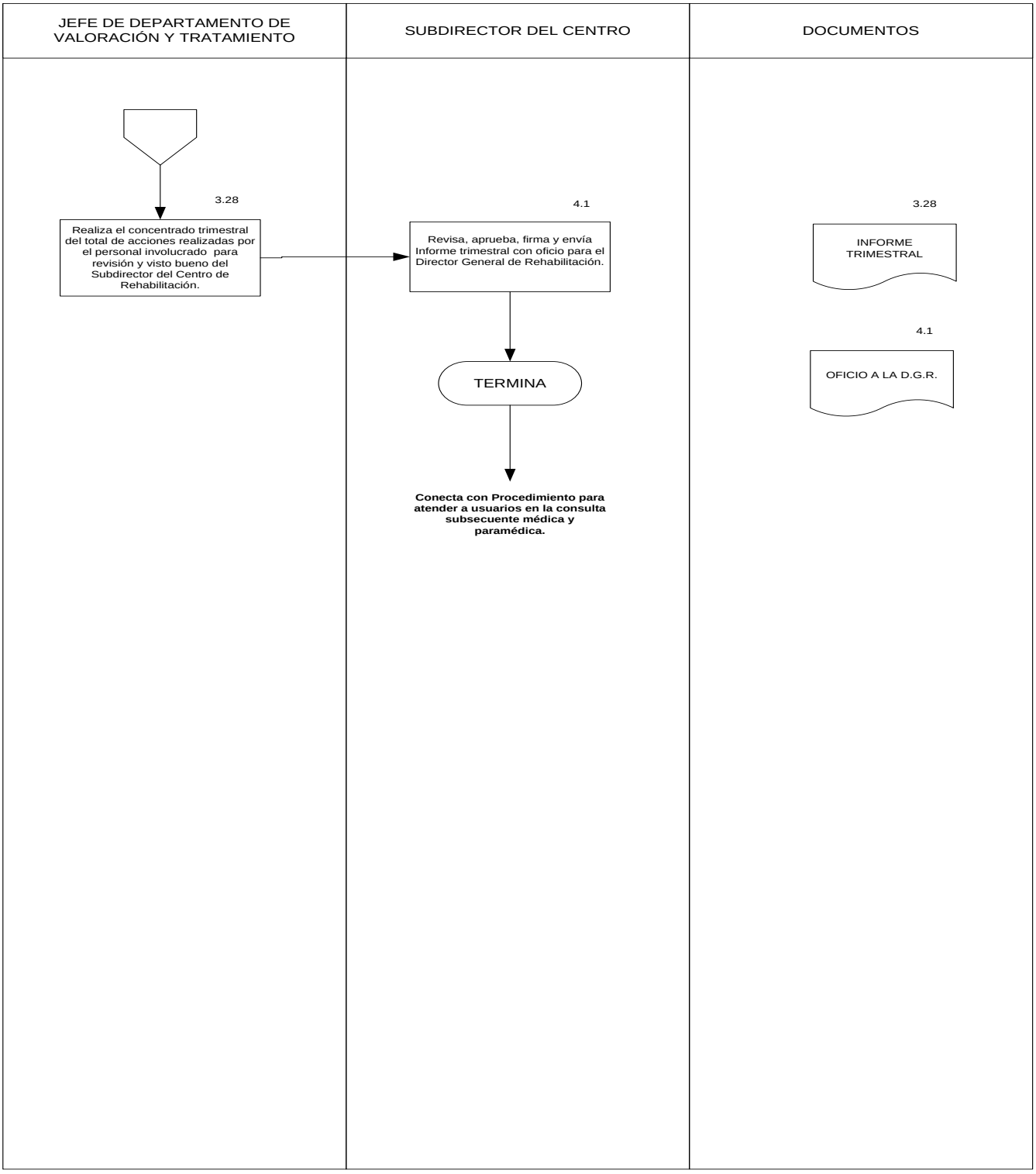
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO | SUBDIRECTOR DEL CENTRO | DOCUMENTOS |
|---|---|---|




JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO
SUBDIRECTOR DEL CENTRO
DOCUMENTOS
3.21
Instruye al área de Terapia física para aplicar un programa preventivo de ejercicios de acuerdo a la población usuaria adulta mayor.
3.22
Instruye al área de Terapia física para proporcionar el tratamiento para mantener y mejorar la movilidad articular.
3.23
Instruye al área de Terapia física para dar tratamiento individualizado de acuerdo a la patología de cada adulto mayor y de acuerdo al tratamiento prescrito por el médico tratante.
3.24
Instruye al área de Terapia ocupacional para favorecer el autocuidado en el adulto mayor.
3.25
Instruye al área de Terapia ocupacional para mantener y restaurar en su caso, la independencia en las actividades de la vida diaria, así como en las instrumentales.
3.26
Instruye al área de Terapia ocupacional para promover acciones contra los riesgos potenciales en el hogar y lugares públicos.
3.27
Instruye al responsable del programa para realizar la programación anual, para la impartición de pláticas mensuales en el Centro de Rehabilitación.
3.27
PROGRAMACIÓN ANUAL DE PLÁTICAS


JEFE DE DEPARTAMENTO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO
SUBDIRECTOR DEL CENTRO
DOCUMENTOS
3.28
Realiza el concentrado trimestral del total de acciones realizadas por el personal involucrado para revisión y visto bueno del Subdirector del Centro de Rehabilitación.
4.1
Revisa, aprueba, firma y envía Informe trimestral con oficio para el Director General de Rehabilitación.
TERMINA
Conecta con Procedimiento para atender a usuarios en la consulta subsecuente médica y paramédica.
3.28
INFORME TRIMESTRAL
4.1
OFICIO A LA D.G.R.

## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1** Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.<br>(D.O.F. 29 de diciembre de 1976. Última reforma 17 de junio de 2009). |
| **6.2** Ley General de Salud.<br>(D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.3** Ley de Asistencia Social.<br>(D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.4** Ley de Coordinación Fiscal.<br>(D.O.F. 27 de Diciembre de 1978. Última reforma 24 de Junio de 2009). |
| **6.5** Ley de Planeación.<br>(D.O.F. 5 de enero de 1983. Última reforma 20 de junio de 2011). |
| **6.6** Ley Federal de las Entidades Paraestatales.<br>(D.O.F. 14 de mayo de1986. Última reforma 28 de noviembre de 2008). |
| **6.7** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de Sector Público.<br>(D.O.F. 4 de enero de 2000. Última reforma 15 de junio de 2011). |
| **6.8** Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.<br>(D.O.F. 13 Marzo del 2002. Última reforma 28 de Mayo de 2009). |
| **6.9** Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.<br>(D.O.F. 11 de junio de 2002. Última reforma 5 de julio de 2010). |
| **6.10** Ley General de Bienes Nacionales.<br>(D.O.F. 20 de mayo de 2004. Última reforma 31 de agosto de 2007). |
| **6.11** Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.<br>(D.O.F. 30 de Marzo de 2006. Última reforma 31 de Diciembre de 2008). |
| **6.12** Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011.<br>(D.O.F. 15 de Octubre de 2010). |
| **6.13** PRESUPUESTO de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011.<br>(D.O.F. 7-12-2010). |
| **6.14** Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.<br>(D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.15** Condiciones Generales de Trabajo (2008-2010). |
| **6.16** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.17** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.18** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## 7. Glosario

**7.1 Actividades de la vida diaria:** son el conjunto de conductas que una persona ejecuta todos los días o con frecuencia casi cotidiana para vivir de forma autónoma e integrada en su medio ambiente y cumplir su papel social. Teniendo en cuenta la complejidad de estas actividades, se dividen en AVD básicas, instrumentales y avanzadas.

**7.2 Adulto Mayor:** población mayor de 60 años.

**7.3 Asistencia Social:** conjunto de disposiciones legales y de acciones llevadas a cabo por las instancias gubernamentales en su plano federal, estatal y municipal, dirigidas a atender las necesidades básicas, pero también urgentes, de individuos y grupos de individuos que no están en condiciones de satisfacerlas por ellos mismos, además, las acciones de atención a éstos tienden a revertir los efectos de la carencia de satisfactores a sus necesidades, siendo de un carácter más o menos temporal y de bajo o nulo costo económico para ellos.

**7.4 Autocuidado:** Es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar.

**7.5 Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE):** Es la unidad prestadora de servicios de prevención de discapacidad, rehabilitación integral y educación especial. Constituye el tercer nivel de atención en servicios de rehabilitación.

**7.6 Colapso del cuidador:** es el agotamiento del cuidador, se presenta cuando la carga del cuidado sobrepasa su capacidad y recursos, puede ser tan grave que puede provocar un estrés excesivo, efectos sobre la salud física, emocional, laboral y social de los cuidadores, riesgo de muerte o suicidio; trae como consecuencia maltrato del Adulto Mayor, desintegración de la familia, etc.

**7.7 Consulta de Primera vez:** Consulta médica proporcionada por primera vez en el año al usuario por parte de personal médico especializado, en donde se elabora historia clínica, se dictamina el diagnóstico y se propone tratamiento específico a seguir.

**7.8 Cuidado**r: a la persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia a un enfermo. Dentro de los cuidadores se pueden distinguir dos categorías: los cuidadores primarios y los secundarios. El cuidador primario es aquel que guarda una relación directa con el paciente o enfermo, como el cónyuge, los hijos, los hermanos o los padres. El cuidador secundario es aquel que no tiene una relación directa o un vínculo cercano con el enfermo; puede tratarse de una enfermera, un asistente, un trabajador social, un familiar lejano o cualquier persona que labore en una institución prestadora de servicios de salud.

**7.9 Detección:** acción y efecto de detectar.// Detectar: Descubrir la existencia de algo que no era patente.

**7.10 Discapacidad:** Es la limitación física permanente o temporal que impide la realización de las actividades de la vida diaria humana.

**7.11 Equipo multidisciplinario:** Profesionales del Centro de Rehabilitación, especializados en distintas áreas que interviene de manera conjunta en los programas sustantivos, análisis y toma de decisiones.

**7.12 Estilos de vida saludables:** Es el conjunto de actividades que una persona, pueblo, grupo social y familia realiza diariamente o con determinada frecuencia; todo depende de sus conocimientos, necesidades, posibilidades económicas, entre otros aspectos. Cuando se mantiene un estilo de vida saludable se involucran actividades que no causan efectos negativos sobre la salud, entre los cuales se encuentran: alimentación correcta, práctica de actividad física y manejo adecuado del estrés.

**7.13 Factores de riesgo:** es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.

**7.14 Funciones cognitivas:** Funciones mentales específicas que dependen especialmente de la actividad de los lóbulos frontales del cerebro, incluyendo conductas complejas con propósito final tales como la toma de decisiones, el pensamiento abstracto, la planificación y realización de planes, la flexibilidad mental, y decidir cuál es el comportamiento adecuado en función de las circunstancias; que a menudo se denominan funciones ejecutivas.

**7.15 Grado de discapacidad:** Perturbación para una persona en la realización de los hábitos de vida tomando en cuenta la edad, el sexo, la identidad sociocultural, resultante de una parte de las deficiencias o incapacidades y de otra parte de los obstáculos desencadenados de factores del medio ambiente.

**7.16 Maltrato:** es la acción y efecto de maltratar (tratar mal a una persona, menoscabar). El concepto está vinculado a una forma de agresión en el marco de una relación entre dos o más personas.

**7.17 Población vulnerable:** ver vulnerabilidad.

**7.18 Prevención:** es la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

**7.19 Redes sociales:** son movimientos sociales de instituciones o asociaciones que se refuerzan constante y mutuamente, comparten reflexiones, análisis y experiencias del contexto donde se desenvuelven con un fin común. Dan respuesta a los problemas y necesidades de un área determinada; suscitando proyectos que incrementen la capacidad de respuesta a las necesidades sociales y promuevan el desarrollo humano integral.

**7.20 Reinserción:** ver reintegración.

**7.21 Reintegración:** Retorno del sujeto en una estructura social o profesional asegurando su máxima autonomía.

**7.22 Reinserción social:** ver reintegración.

**7.23 Síndromes geriátricos:** son un conjunto de cuadros habitualmente originados por la conjunción de enfermedades con alta prevalencia en los ancianos y que son el frecuente origen de incapacidad funcional o social en la población. Son la manifestación (síntomas) de muchas enfermedades, pero también son el principio de muchos otros problemas que debemos tener en cuenta desde su detección para establecer una buena prevención de los mismos (entre los que se encuentran: Inmovilidad, inestabilidad y caídas, incontinencia urinaria y fecal, demencia y síndrome confusional agudo, infecciones, desnutrición, alteraciones en vista y oído, estreñimiento, impactación fecal, insomnio, depresión, iatrogenia, inmunodeficiencias, impotencia o alteraciones sexuales).

**7.24 Usuario:** Toda persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica especializada del Centro de Rehabilitación.

**7.25 Vulnerabilidad:** se aplica a aquellos sectores o grupos de la población que por su condición de edad, sexo, estado civil y origen étnico se encuentran en condición de riesgo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar.

## 8.0 Anexos

**8.1** Formato Informe Trimestral del programa de atención al Adulto Mayor.

## 8.1 Formato Informe Trimestral del programa de atención al Adulto Mayor.

PRA-DGR-14-F1

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

**PROGRAMA SUSTANTIVO ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR "HACIA UN ENVEJECIMIENTO EXITOSO"**

| CENTRO: (1) | TRIMESTRE: (2) | AÑO: (3) |
|---|---|---|

| | REALIZADO (4) | VARIACIÓN (5) |
|---|---|---|
| TOTAL DE PACIENTES DETECTADOS INTRAMUROS | (6) | |
| TOTAL DE PACIENTES DETECTADOS EXTRAMUROS | (7) | |
| TOTAL DE PACIENTES >65 AÑOS EN EL PROGRAMA | (8) | |
| TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS >65 AÑOS EN LA CONSULTA PSICOLÓGICA DE 1A. VEZ | (9) | |
| TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS >65 AÑOS POR TRABAJO SOCIAL DE 1A. VEZ | (10) | |
| TOTAL DE SESIONES OTORGADAS A >65 AÑOS DE TERAPIA FISICA | (11) | |
| TOTAL DE SESIONES OTORGADAS A >65 AÑOS DE TERAPIA OCUPACIONAL | (12) | |
| NÚMERO DE ATENCIONES POR PSICOLOGÍA A CUIDADORES PRIMARIOS | (13) | |
| NÚMERO DE GRUPOS DE ADULTOS MAYORES EN TRATAMIENTO | (14) | |
| NÚMERO DE PLÁTICAS IMPARTIDAS | (15) | |
| NÚMERO DE ASISTENTES A LAS PLÁTICAS | (16) | |
| TEMAS ABORDADOS | (17) | |
| Nº TOTAL DE PACIENTES REFERIDOS A OTRA INSTITUCION | (18) | |
| TOTAL DE PACIENTES QUE RECIBIERON ALGÚN OTRO TIPO DE ATENCIÓN | (19) | |
| OTRO TIPO DE ATENCIÓN (ESPECIFICAR) | (20) | |

**NOMBRE COMPLETO Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL LLENADO:** (21)
**NOMBRE COMPLETO DEL COORDINADOR GENERAL:** (22)

**NOTA:** EL TOTAL DE PACIENTES **DENTRO DEL PROGRAMA** DEBERÁ CONTAR CON EL EXPEDIENTE CLÍNICO POR CADA PARTICIPANTE, LAS NOTAS DEBEN CORRESPONDER DE ACUERDO A LAS VALORACIONES POR CADA ÁREA (MÉDICA, PSICOLOGÍA, TRABAJO SOCIAL, TERAPIAS, ETC.), MISMAS QUE SE DEBERÁN CORROBORARÁN CON LOS EXPEDIENTES POR CADA PARTICIPANTE EN EL PROGRAMA. ***TODOS LOS PARTICIPANTES INGRESAN POR LA CONSULTA DE REHABILITACIÓN.***

**Instructivo de llenado del Formato Informe Trimestral del programa de atención al Adulto Mayor.**

| N°. | DEBE DECIR |
|---|---|
| **1** | Nombre y entidad federativa del Centro de Rehabilitación. |
| **2** | Trimestre al que corresponde el reporte. |
| **3** | Año del reporte. |
| **4** | Total de pacientes o acciones realizadas en el trimestre. |
| **5** | Variación en porcentaje entre lo programado y lo realizado ((realizado/programado x100)-100) |
| **6** | Número total de pacientes adultos mayores de 65 años de edad detectados intramuros. |
| **7** | Número total de pacientes adultos mayores de 65 años de edad detectados extramuros. |
| **8** | Número total de pacientes adultos mayores dentro del Programa de Atención al Adulto Mayor. |
| **9** | Número total de pacientes atendidos >65 años de edad y pertenecientes al Programa en la consulta Psicológica de 1a. Vez. |
| **10** | Número total de pacientes atendidos >65 años de edad y pertenecientes al Programa por Trabajo social de 1a. Vez. |
| **11** | Número total de sesiones de Terapia Física otorgadas a pacientes >65 años pertenecientes al Programa de Atención al Adulto Mayor. |
| **12** | Número total de sesiones de Terapia Ocupacional otorgadas a pacientes >65 años pertenecientes al Programa de Atención al Adulto Mayor. |
| **13** | Número total de atenciones por Psicología a cuidadores primarios del Adulto Mayor. |
| **14** | Número total de grupos de Adultos mayores de 65 años de edad que se encuentren en tratamiento bajo el esquema del Programa de atención al AM. |
| **15** | Número de pláticas impartidas con relación a temas sobre envejecimiento. |
| **16** | Número total de asistentes a las pláticas. |
| **17** | Mencionar los temas abordados. |
| **18** | Total de pacientes >65 años que se encuentren dentro del Programa de atención al AM referidos a otra institución |
| **19** | Total de pacientes >65 años que se encuentren dentro del Programa de atención al AM y recibieron otro tipo de atención. |
| **20** | Mencionar que tipo de atención se les proporcionó, además de las enunciadas anteriormente (Atención en Odontología, Oftalmología, Nutrición, etc.). |
| **21** | Nombre completo y cargo del responsable del llenado y firma. |
| **22** | Nombre completo del Coordinador General y firma. |

# 15. PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR E INTEGRAR LA PROGRAMACIÓN ANUAL DE METAS INSTITUCIONALES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN E INCLUSIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

| C CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Definir y establecer la acción metodológica y secuencialmente para la elaboración e integración de la programación anual de metas institucionales del Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias.

## 2.0 Alcance

Aplica a Dirección General de Rehabilitación, Dirección de Rehabilitación, Subdirección de Enseñanza e Investigación, Subdirección de Unidades Operativas en los Estados, Departamento de Epidemiología, Centros de Rehabilitación así como al proceso de elaborar e integrar la programación anual de metas institucionales del Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

**3.1 Dirección General de Rehabilitación:**
Solicitar a los Centros de Rehabilitación la programación anual de las metas institucionales.
Validar la programación anual de metas institucionales de los centros de rehabilitación en el marco del Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias.

**3.2 Dirección de Rehabilitación:**
Recibir de los centros de rehabilitación la programación anual de metas institucionales.
Coordinar y validar la concentración o ajustes de la información de las metas institucionales de los centros de rehabilitación.
Coordinar el envío de la programación anual de metas institucionales del Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias.
Entregar a la Dirección General de Rehabilitación por meta y centro de rehabilitación, la programación anual de metas institucionales del Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias.

**3.3 Subdirección de Enseñanza e Investigación**
Recibir, revisar, concentrar y capturar en controles internos la programación anual de metas institucionales correspondientes a la Subdirección.
Coordinarse con los Centros de Rehabilitación con el propósito de revisar y validar la programación anual de metas institucionales correspondientes a la Subdirección y, en su caso, realizar los ajustes necesarios.
Entregar al Departamento de Epidemiología la programación anual de metas institucionales correspondientes a la Subdirección, revisada y avalada por los centros de rehabilitación en el marco del Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias.

**3.4 Departamento de Epidemiología:**

Elaborar oficio de solicitud de la programación anual de metas institucionales a los Centros de Rehabilitación

Recibir la programación anual de metas institucionales de los Centros de Rehabilitación.

Turnar a la Subdirección de Enseñanza e Investigación, la programación anual de metas correspondientes a sus áreas para ser revisadas y validadas con los centros.

Revisar, concentrar y capturar en controles internos y el Sistema de Información y Estructura Programática (SIEP), la programación anual de metas institucionales.

Apoyar en la coordinación de los ajustes necesarios a la programación anual de metas institucionales de los Centros de Rehabilitación.

Apoyar en la coordinación y seguimiento al envío de la programación anual de metas institucionales del Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias, por parte de los Centros de Rehabilitación.

Recibir de la Subdirección de Enseñanza e Investigación la programación anual de metas correspondientes a su área, revisada y validada por los Centros de Rehabilitación.

Entregar a la Dirección de Rehabilitación por meta y Centro de Rehabilitación, la programación anual de metas institucionales del Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias.

**3.5 Subdirección del Centros de Rehabilitación:**

Elaborar la programación anual de metas institucionales acorde con la operación y número de recursos con que cuenta el centro en el marco del Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias.

Enviar por correo electrónico y de manera oficial la programación anual de metas a la Dirección de Rehabilitación, con copia al Departamento de Epidemiología.

Realizar los cambios y/o ajustes requeridos a la programación anual de metas institucionales e informarlo de manera electrónica y oficio a la Dirección de Rehabilitación.

Dar seguimiento mensual a los avances de las metas institucionales correspondientes al Centro.

Informar a la Dirección de Rehabilitación sobre los motivos o causas que han ocasionado desviaciones a la programación de las metas institucionales del Centro de Rehabilitación.

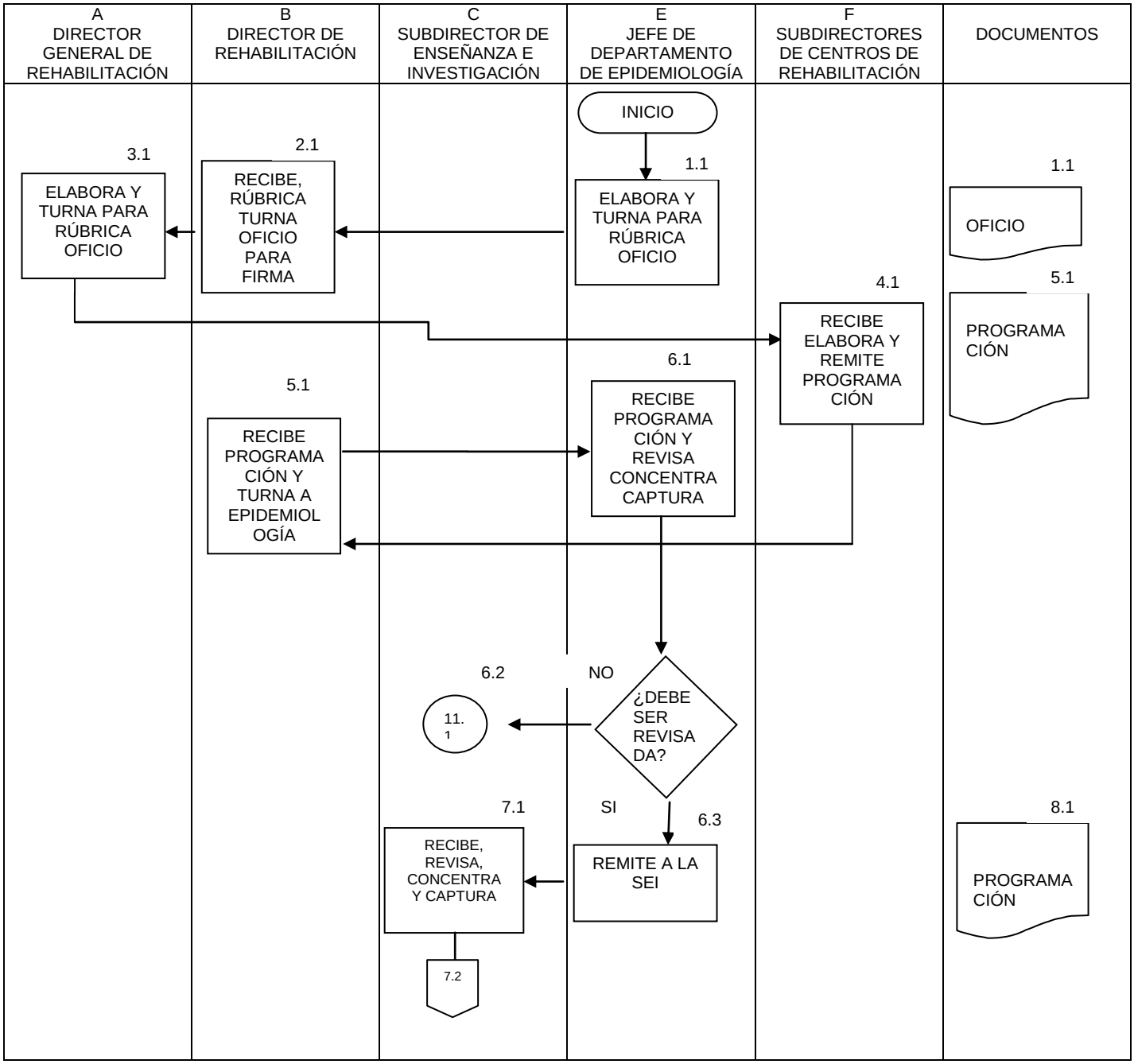
Llevar a cabo las acciones correctivas a las desviaciones en la programación anual de metas institucionales del Centro.

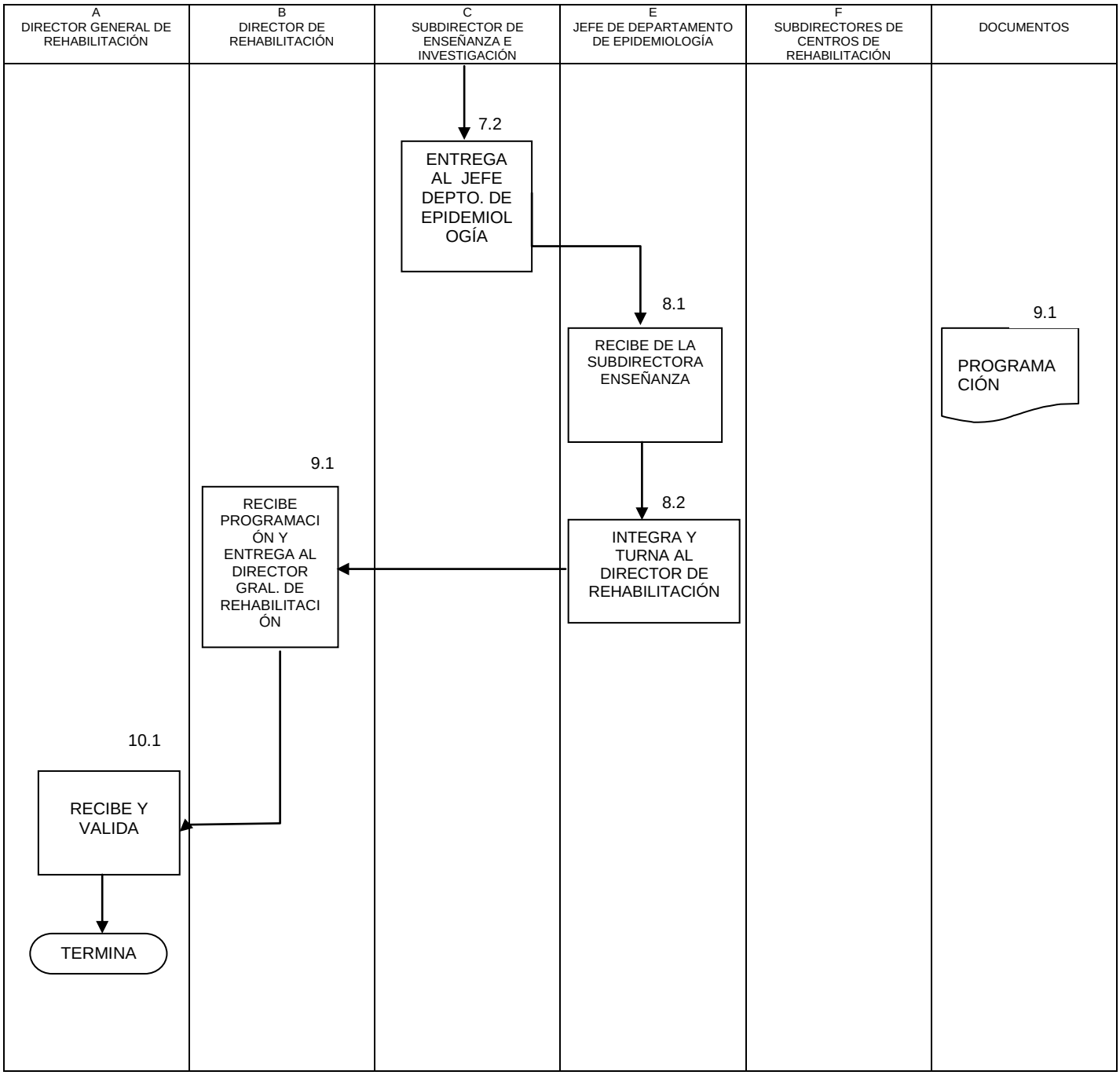
## 4.0 Descripción del procedimiento

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA | 1.1 | **Elabora y turna a más tardar el último día hábil de agosto al Director de Rehabilitación para su rúbrica, oficio de solicitud de la programación anual de metas institucionales a los centros de rehabilitación.**<br>1 día hábil |
| DIRECTOR DE REHABILITACIÓN | 2.1 | Recibe, rúbrica y turna a la DGR para su firma.<br>1 día hábil |
| DIRECTOR GENERAL DE REHABILITACIÓN | 3.1 | Recibe, firma y envía a los Subdirectores de los Centros de Rehabilitación oficios de solicitud de la programación anual de metas institucionales.<br>5 días hábiles |
| SUBDIRECTOR(ES) DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN | 4.1 | Recibe del Director General de Rehabilitación el oficio de solicitud, elabora la programación anual de metas institucionales y remite a la Dirección de Rehabilitación a más tardar el 15 de octubre.<br>20 días hábiles |
| DIRECTOR DE REHABILITACIÓN | 5.1 | Recibe de los Subdirectores de los Centros de Rehabilitación la programación anual de metas institucionales y remite al Jefe de Departamento de Epidemiología.<br>1 día hábil |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA | 6.1 | Recibe del Director de Rehabilitación la programación anual de metas institucionales de los Centros de Rehabilitación para su revisión, concentración y captura en controles internos.<br>20 días hábiles<br><br>**¿La programación anual de metas institucionales debe ser revisada y validada por otra área?** |
| | 6.2 | No procede, continua en la actividad 10.1. |
| | 6.3 | Si procede, remite a la Subdirección de Enseñanza e Investigación<br>Un día hábil. |

| RESPONSABLE | ACTIVIDAD No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN | 7.1 | Recibe del Jefe de Departamento de Epidemiología la programación anual de metas correspondientes al área para su revisión, concentración, captura en controles internos y validación.<br>10 días hábiles. |
| | 7.2 | Entrega al Jefe de Departamento de Epidemiología la programación anual de metas correspondientes a su área.<br>1 día hábil |
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA | 8.1 | Recibe del Subdirector de Enseñanza e Investigación, la programación de metas institucionales correspondientes a sus áreas revisadas y validadas para su concentración y captura en controles internos.<br>10 días hábiles |
| | 8.2 | Integra y envía para su autorización al Director de Rehabilitación la programación anual de metas vigentes para su revisión y visto bueno.<br>1 día hábil. |
| DIRECTOR DE REHABILITACIÓN | 9.1 | Recibe del Jefe de Departamento de Epidemiología la programación anual de metas institucionales y entrega a la DGR por meta y por centro.<br>5 días hábiles |
| DIRECTOR GENERAL DE REHABLITACIÓN | 10.1 | Recibe del Director de Rehabilitación la programación anual de metas institucionales de los centros de rehabilitación para su conocimiento,<br>1 día hábil<br><br>**TERMINA.** |

## 5.0 Diagrama de Flujo




A
DIRECTOR GENERAL DE REHABILITACIÓN
B
DIRECTOR DE REHABILITACIÓN
C
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
E
JEFE DE DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA
F
SUBDIRECTORES DE CENTROS DE REHABILITACIÓN
DOCUMENTOS
7.2
ENTREGA AL JEFE DEPTO. DE EPIDEMIOLOGÍA
8.1
RECIBE DE LA SUBDIRECTORA ENSEÑANZA
9.1
PROGRAMACIÓN
8.2
INTEGRA Y TURNA AL DIRECTOR DE REHABILITACIÓN
9.1
RECIBE PROGRAMACIÓN Y ENTREGA AL DIRECTOR GRAL. DE REHABILITACIÓN
10.1
RECIBE Y VALIDA
TERMINA

## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1. Ley General de Salud.** (D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.2. Ley de Asistencia Social.** (D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.3. Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.** (D.O.F. 29 de mayo de 2000. Última reforma 19 de agosto de 2010). |
| **6.4 Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.** (D.O.F. 11 de junio de 2003. Última reforma 27 de noviembre de 2007). |
| **6.5 Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.** (D.O.F. 25 de junio de 2002. Última reforma 24 de junio de 2009). |
| **6.6 Ley General de Población.** (D.O.F. 07 de Enero de 1974. Ultima reforma 25 de Mayo de 2011). |
| **6.7 Ley de Migración.** (D.O.F. 25 de mayo de 2011). |
| **6.8 Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.** (D.O.F. 01 de Febrero de 2007. Última reforma 28 de Enero de 2011) |
| **6.9 Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.** (D.O.F. 30 de mayo de 2011). |
| **6.10 Ley para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas.** (D.O.F. 27 de noviembre de 2007. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.11. Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.** (D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.12. Convención sobre los Derechos del Niño.** (D.O.F. 25 de enero de 1991). |
| **6.13 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**. (D.O.F. 2 de Mayo de 2008). |
| **6.14. Programa Sectorial de Salud 2007-2012** (D.O.F. 17 de enero de 2008). |
| **6.15 Reglamento del Consejo Ciudadano Consultivo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.** (D.O.F. 29 de Noviembre de 2006. Última reforma 16 Junio de 2010). |
| **6.16 Decreto por el que se crea el Sistema Nacional de Guarderías y Estancias Infantiles.** (D.O.F. 10 de Mayo de 2007). |
| **6.17 Norma Oficial Mexicana** 173-SSA1-1998 para la Atención a Personas con Discapacidad. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999.) |
| **6.18 Norma Oficial Mexicana** 167 SSA-1-1997 para la prestación de Servicios de Asistencia Social, para Menores y Adultos Mayores. (D.O.F. 17 de Noviembre de 1999). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## 7.0 Glosario

**7.1 DGR**: Dirección General de Rehabilitación

**7.2 Meta Institucional**: Es la cuantificación del objetivo que se pretende alcanzar en un tiempo señalado, con los recursos necesarios, de tal forma que permite medir la eficacia del cumplimiento del programa.

**7.3 Procedimiento:** Sucesión cronológica de operaciones concatenadas entre sí, que se constituyen en

**7.4 Programa**: Instrumento normativo de la institución cuya finalidad consiste en desagregar y detallar los planteamientos y orientaciones generales en algunas de las estrategias de asistencia social, mediante la identificación de objetivos y metas. De acuerdo a su temporalidad y al ámbito territorial que comprende puede ser nacional o regional y de mediano y corto plazo.

**7.5 Programa de Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias.** Estrategia de atención que incluye el otorgamiento de servicios de prevención, atención y profesionalización que favorece la integración social de las personas con discapacidad.

**7.6 Programación anual**: Proyección calendarizada mensual de acciones para un ejercicio anual.

**7.7 Unidad de Medida**: Expresión con la cual es susceptible de medir el producto o resultado final.

# 8.0 Anexos

## 8.1 Programación anual de metas.

DIRECCIONDE REHABILITACION

PROGRAMACION ANUAL DE METAS DE DESGLOSE E INDICADORES 2012

**NOMBRE DEL CENTRO:** /

| META DE DESGLOSE | UNIDAD DE MEDIDA | 2012 | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ENE. | FEB. | MAR. | ABR. | MAY. | JUN. | JUL. | AGTO | SEPT. | OCT. | NOV. | DIC. | TOTAL |
| PERSONAS DETECTADAS PARA LA ATENCION OPORTUNA DE LA DISCAPACIDAD **(ANTES DETECTAR ENFERMEDADES Y LA DISCAPACIDAD)** | PERSONA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| EVENTOS REALIZADOS PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE LA DISCAPACIDAD **(ANTES ORIENTAR E INFORMAR ACERCA DE LA DISCAPACIDAD EVENTO)** | EVENTO | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| PERSONAS ASISTENTES A LOS EVENTOS REALIZADOS PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE LA DISCAPACIDAD **(ANTES ORIENTAR E INFORMAR ACERCA DE LA DISCAPACIDAD)** | PERSONA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| CONSULTA MÉDICA | CONSULTA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| CONSULTA PARAMÉDICA | CONSULTA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| CONSULTA MÉDICA DE PRIMERA VEZ | PERSONA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| CONSULTA PSICOLÓGICA DE PRIMERA VEZ | PERSONA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| CONSULTA DE TRABAJO SOCIAL DE PRIMERA VEZ | PERSONA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| TERAPIA FÍSICA | SESIÓN | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| TERAPIA OCUPACIONAL | SESIÓN | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| TERAPIA DE LENGUAJE | SESIÓN | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| SESIÓN DE PRIMERA VEZ EN TERAPIA FÍSICA | PERSONA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| SESIÓN DE PRIMERA VEZ EN TERAPIA OCUPACIONAL | PERSONA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| SESIÓN DE PRIMERA VEZ EN TERAPIA DE LENGUAJE | PERSONA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| ORTESIS FABRICADA | PIEZA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| ORTESIS REPARADA | PIEZA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| PERSONA A ATENDER DE PRIMERA VEZ EN TALLER PARA ORTESIS | PERSONA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| PROTESIS FABRICADA | PIEZA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| PROTESIS REPARADA | PIEZA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| PERSONA A ATENDER DE PRIMERA VEZ EN TALLER PARA PROTESIS | PERSONA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| ALTAS POR REHABILITACIÓN | PERSONA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| SOLICITA SERVICIO Y CORRESPONDE ATENDER | PERSONA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| SOLICITA SERVICIO | PERSONA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| INTEGRACION A LA CAPACITACION Y AL EMPLEO PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD | PERSONA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| INTEGRACION EDUCATIVA A MENORES CON DISCAPACIDAD | PERSONA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| EVENTOS DE CAPACITACIÓN REALIZADOS CON LAS FAMILIAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA FACILITAR LA INCLUSION SOCIAL. **(ANTES ESCUELA PARA PADRES)** | EVENTO | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| EVENTOS DE CAPACITACIÓN REALIZADOS CON LAS FAMILIAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA FACILITAR LA INCLUSION SOCIAL. **(ANTES ESCUELA PARA PADRES)** | PERSONA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| EDUCACIÓN CONTINUA | SESION | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| | PERSONA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| MEDICOS Y PARAMEDICOS | PERSONA | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |

| NOMBRE Y FIRMA DEL | NOMBRE Y FIRMA DEL |
|---|---|
| COORDINADOR GENERAL / DIRECTOR DEL CENTRO | COORDINADOR ADMINISTRATIVO DEL CENTRO |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO PARA LA PROGRAMACIÓN ANUAL DE METAS**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Registrar el nombre del Centro de Rehabilitación seguido de la entidad federativa correspondiente. |
| 2 | Registrar la cantidad programada mensual correspondiente según meta y unidad de medida. |
| 3 | Registrar la cantidad total anual programada correspondiente según meta y unidad de medida. |

# 16.- PROCEDIMIENTO PARA ASIGNAR SUBSEDES Y REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE SERVICIO SOCIAL DE LAS LICENCIATURAS EN TERAPIA FISICA, TERAPIA OCUPACIONAL Y CARRERA DE ÓRTESIS Y PROTESIS

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Establecer las actividades y lineamientos para asignar a los Centros de Rehabilitación del Sistema Nacional DIF que lo soliciten, a los pasantes de servicio social formados en los Centros de Rehabilitación del propio Sistema en las licenciaturas de Terapia Física, Terapia Ocupacional y Carrera de Órtesis y Prótesis, con la finalidad de apoyar la operación de los mismos, brindar a los alumnos la experiencia práctica necesaria para su formación y establecer los elementos para la implementación, seguimiento y control del servicio social.

## 2.0 Alcance

El presente procedimiento aplica a la Dirección de General de Rehabilitación , Dirección General de Recursos Humanos, Dirección de Rehabilitación, Subdirección de Enseñanza e Investigación, Departamento de Formación de Paramédicos, Centros de Rehabilitación del Sistema DIF que forman recursos humanos en las licenciaturas de Terapia Física, Terapia Ocupacional y Carrera de Órtesis y Prótesis así como a los Centros Nacionales Modelos, Centros de Rehabilitación y Educación Especial, Centros de Rehabilitación Integral y Centros de Rehabilitación e Integración Social, solicitantes de Pasantes de Servicio Social**.**

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

**3.1 Dirección General de Rehabilitación:**
Elaborar y actualizar el Procedimiento publicado en la Normateca interna de la Institución, por las áreas de competencia en apego a las disposiciones, cada dos años.
Autorizar las Subsedes de Servicio Social

**3.2 Dirección de Rehabilitación:**
Vigilar el cumplimiento y la correcta aplicación del Procedimiento.
Difundir el Procedimiento y garantizar que cuenten con él los Centros de Rehabilitación Formadores de Licenciados en Terapia Física, Terapia Ocupacional y Carrera de Órtesis y Prótesis y las Subsedes de Servicio Social.
Autorizar el contenido del Examen General de Conocimientos y su aplicación.
Analizar y autorizar la propuesta de asignación de Subsedes de Servicio Social elaborada por el Departamento de Formación de Paramédicos y aprobada por la Subdirección de Enseñanza e Investigación.
Solicitar el depósito de la ayuda económica para pasantes de Servicio Social ante el Departamento de Recursos Financieros de la Dirección General de Rehabilitación para su gestión ante la Dirección General de Recursos Humanos.

**3.3 Subdirección de Enseñanza e Investigación:**

Autorizar la propuesta de asignación de Subsedes de Servicio Social del Departamento de Formación de Paramédicos.

Supervisar el proceso de asignación de subsedes de Servicio Social.

Orientar, asesorar y aclarar dudas acerca del Procedimiento para la asignación, seguimiento y control de los pasantes de servicio social.

**3.4 Departamento de Formación de Paramédicos:**

Solicitar la documentación necesaria para la asignación de Subsedes de Servicio Social y elaborar el informe de aprovechamiento escolar, el examen general de conocimientos e historial académico de los alumnos.

Elaborar la propuesta de Subsedes del Servicio Social

Elaborar, aplicar y evaluar el examen general de conocimientos para la asignación de Subsedes del Servicio Social.

Organizar y llevar a cabo el Curso de Inducción para la realización del Servicio Social.

Supervisar la selección de Subsedes de Servicio Social efectuada por los alumnos.

Elaborar y enviar oficios de presentación y reglamento para la prestación de Servicio Social de la Licenciatura en Terapia Física, Terapia Ocupacional y Carrera de Órtesis y Prótesis, al alumno y subsedes.

Enviar a la Dirección General de Recursos Humanos la Carta Compromiso y Carta Pasante de los alumnos participantes en el proceso de asignación de subsedes de servicio social.

Atender solicitudes, detectar problemáticas y gestionar alternativas de solución con los pasantes de Servicio Social.

Recibir, analizar y elaborar concentrado de las actividades de los pasantes en Servicio Social.

Mantener y fomentar la comunicación e intercambio de experiencias y conocimientos entre los pasantes del D.F. y el personal de la Subdirección de Enseñanza e Investigación, realizando Sesiones Consultivas una vez al mes.

Supervisar trimestralmente las actividades de los pasantes en Servicio Social de las Subsedes del Distrito Federal.

Gestionar y dar seguimiento al pago de ayuda económica de los pasantes en Servicio Social.

Realizar el seguimiento del depósito de la ayuda económica efectuado por la Dirección General de Recursos Humanos en los Centros de Rehabilitación subsedes, para los pasantes de Servicio Social.

Registrar y validar la carta de liberación una vez concluido el Servicio Social de los pasantes.
Registrar y actualizar la información de los trabajos de investigación de los pasantes en Servicio Social.

**4.5 Departamento Administrativo de la Dirección General de Rehabilitación:**
Gestionar ante las áreas correspondientes de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto y Dirección General de Recursos Humanos, el apoyo de la ayuda económica de los pasantes de Servicio Social.

**4.6 Centro de Rehabilitación Formador:**
Implementar el Procedimiento para la Asignación, Seguimiento y Control de Servicio Social.
Dar a conocer a los alumnos que concluyeron el 100 % de los créditos teóricos-prácticos el proceso de asignación de Subsedes del Servicio Social.
Solicitar a los alumnos candidatos a la asignación de subsedes de servicio social la documentación requerida por el Departamento de Formación de Paramédicos.
Enviar la documentación solicitada por el Departamento de Formación de Paramédicos para la asignación de Subsedes del Servicio Social.
Revisar, analizar, asesorar, aprobar y enviar avances del trabajo de investigación al Departamento de Formación de Paramédicos, a la Subsede y al alumno.
Cumplir con el Reglamento para la Prestación de Servicio Social.

**4.7 Centro de Rehabilitación Subsede del Servicio Social:**
Solicitar al Director General de Rehabilitación el apoyo de prestadores de Servicio Social de las Licenciaturas de Terapia Física, Terapia Ocupacional y Carrera de Órtesis y Prótesis.
Cumplir con el Reglamento para la Prestación de Servicio Social de las Licenciaturas en Terapia Física, Terapia Ocupacional y Carrera de Órtesis y Prótesis.
Proporcionar y dar facilidades a los pasantes de Servicio Social para el cobro de ayuda económica.

Mantener informada y solicitar autorización por escrito a la Dirección de Rehabilitación de cualquier evento relacionado con los pasantes.
Designar al pasante, un asesor adscrito al Centro de Rehabilitación para la elaboración del trabajo de investigación.
Proporcionar y facilitar tiempo, recursos humanos y materiales con que cuente el Centro de Rehabilitación, para la elaboración del trabajo de investigación.
Revisar, aprobar y enviar los avances del trabajo de investigación, informes trimestrales, reportes de incidencias, comprobantes de pago de beca, cartas de liberación de Servicio Social de los pasantes a la Dirección de Rehabilitación, Subdirección de Enseñanza e Investigación, Sedes, Departamento de Formación de Paramédicos, según corresponda.

## 3.0 Descripción del procedimiento

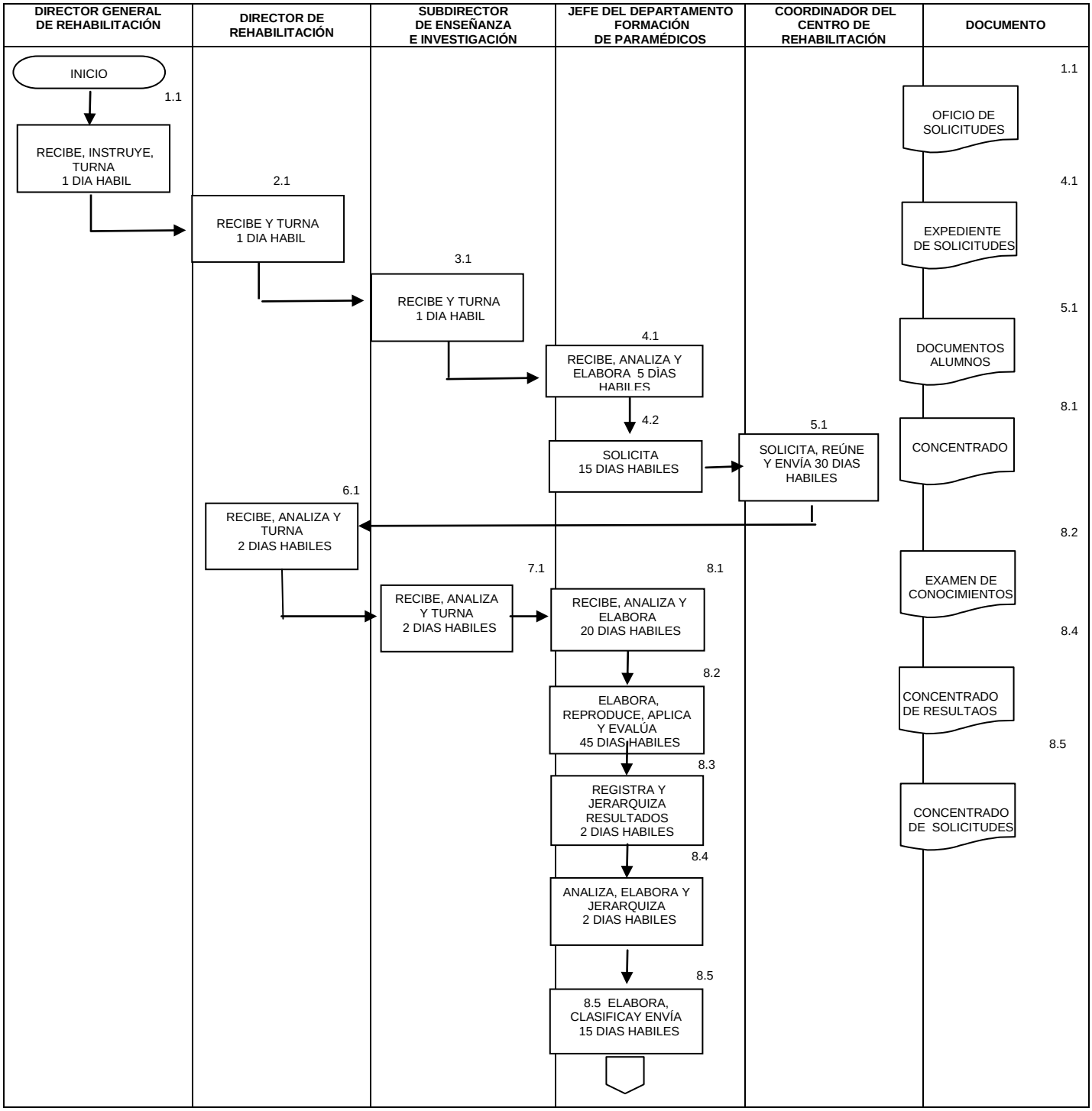
| RESPONSABLE | ACT. No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| DIRECTOR GENERAL DE REHABILITACIÓN | 1.1 | Recibe de los Centros de Rehabilitación oficios de solicitud de pasantes, instruye y turna a la Dirección de Rehabilitación para su trámite. 1 día hábil |
| DIRECTOR DE REHABILITACIÓN | 2.1 | Recibe y turna las solicitudes de Pasantes a la Subdirección de Enseñanza e Investigación. 1 día hábil |
| SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN | 3.1 | Recibe y turna las solicitudes de Pasantes al Departamento de Formación de Paramédicos. 1 día hábil |
| JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE PARAMÉDICOS | 4.1 | Recibe, analiza y elabora expediente de solicitudes de pasantes. 5 días hábiles |
| | 4.2 | Solicita a los centros formadores la documentación de alumnos e informa del lugar, fecha y hora de aplicación de examen general de conocimientos, curso de inducción y asignación de Subsedes de Servicio Social. 15 días hábiles. |
| COORDINADOR GENERAL DEL CENTRO DE REHABILITACION (FORMADOR) | 5.1 | Solicita a la Jefatura de Enseñanza del propio Centro, la documentación de alumnos: Aprovechamiento académico, oficio de presentación, carta compromiso, carta pasante, formato de identificación de alumnos. La reúne y envía a la Dirección de Rehabilitación. 30 días hábiles. |
| DIRECTOR DE REHABILITACION | 6.1 | Recibe documentos de Aprovechamiento académico, oficio de presentación, carta compromiso, carta pasante, formato de identificación de alumnos. Analiza y turna a la Subdirección de Enseñanza e Investigación. 2 días hábiles. |
| SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN | 7.1 | Recibe documentos de Aprovechamiento académico, oficio de presentación, carta compromiso, carta pasante, formato de identificación de alumnos. Analiza y turna al Departamento de Formación de Paramédicos. 2 días hábiles. |
| JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE PARAMÉDICOS | 8.1 | Recibe, analiza y elabora concentrado de información de los alumnos en comparación con la base de datos del departamento. 20 días hábiles. |

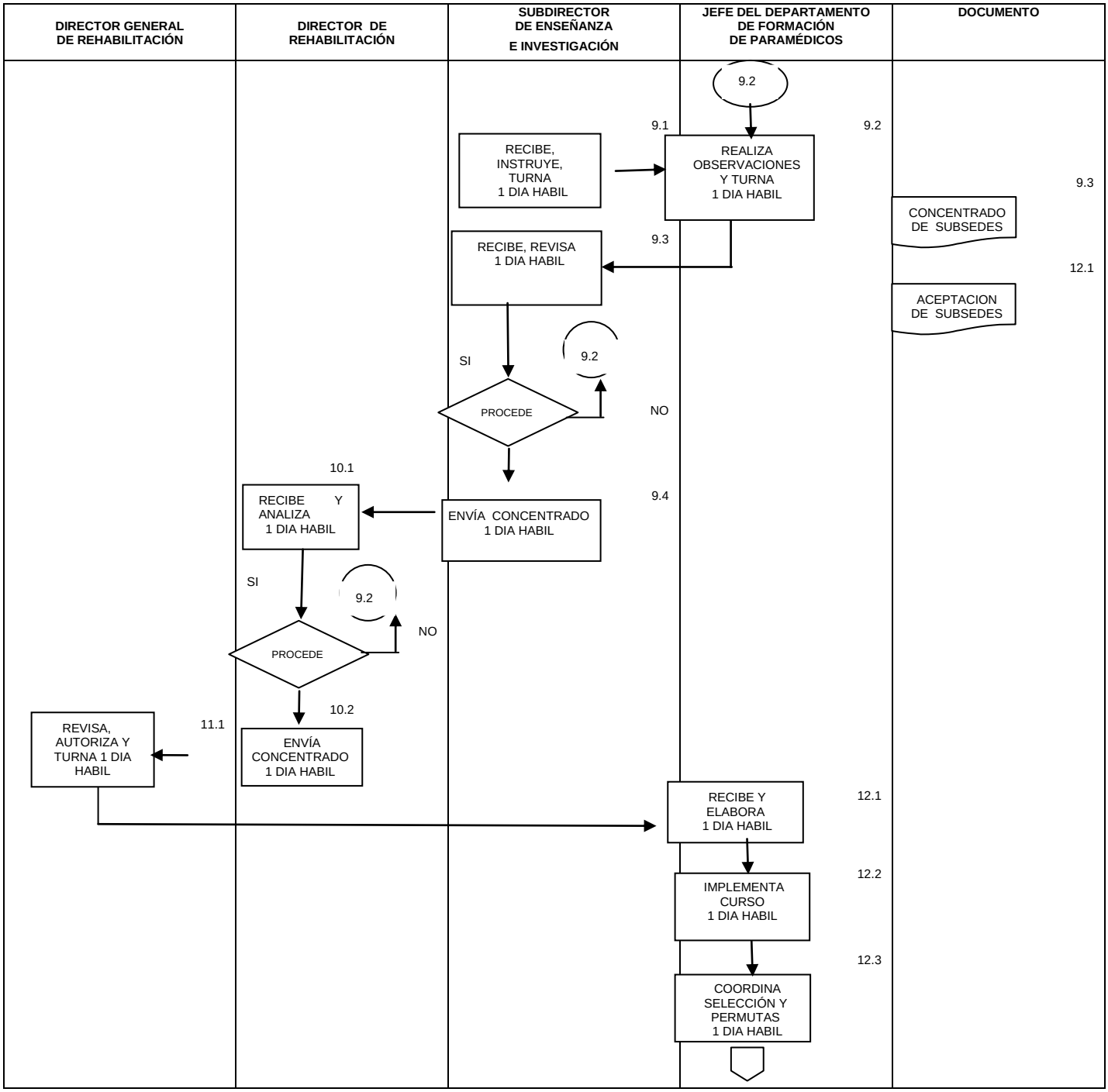
| RESPONSABLE | ACT. No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| | 8.2 | Elabora reproduce, aplica y evalúa el Examen General de Conocimientos. 45 días hábiles. |
| | 8.3 | Registra y jerarquiza los resultados del Examen General de Conocimientos en el formato de Orden de Pase. 2 días hábiles. |
| | 8.4 | Analiza, elabora y jerarquiza concentrado de resultados del Examen General de Conocimientos. 2 días hábiles. |
| JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE PARAMÉDICOS | 8.5 | Elabora, clasifica y envía documento concentrado de solicitudes de prestadores de Servicio Social procedentes de los Centros de Rehabilitación. 15 días hábiles. |
| SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN | 9.1 | Recibe documento concentrado de solicitudes de prestadores de Servicio Social, analiza, instruye y turna al Departamento de Formación de Paramédicos para la realización de los ajustes correspondientes. 2 días hábiles. |
| JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE PARAMÉDICOS | 9.2 | Realiza observaciones y turna nuevamente a la Subdirección de Enseñanza para aprobación. 1 día hábil. |
| SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN | 9.3 | Recibe documento concentrado de solicitudes de prestadores de Servicio Social ajustado. Revisa y turna a la Dirección de Rehabilitación. |
| | 9.4 | PROCEDE<br>Envía documento concentrado de solicitudes de Pasantes de Centros de Rehabilitación, a la Dirección de Rehabilitación para aprobación. 2 días hábiles.<br><br>NO PROCEDE<br>Continua en la actividad 9.2 |
| DIRECTOR DE REHABILITACIÓN | 10.1 | Recibe y analiza concentrado de solicitudes. 1 día hábil. |
| | 10.2 | PROCEDE<br>Envía concentrado a la Dirección General de Rehabilitación para autorización.<br><br>NO PROCEDE<br>Continua en la actividad 9.2 |

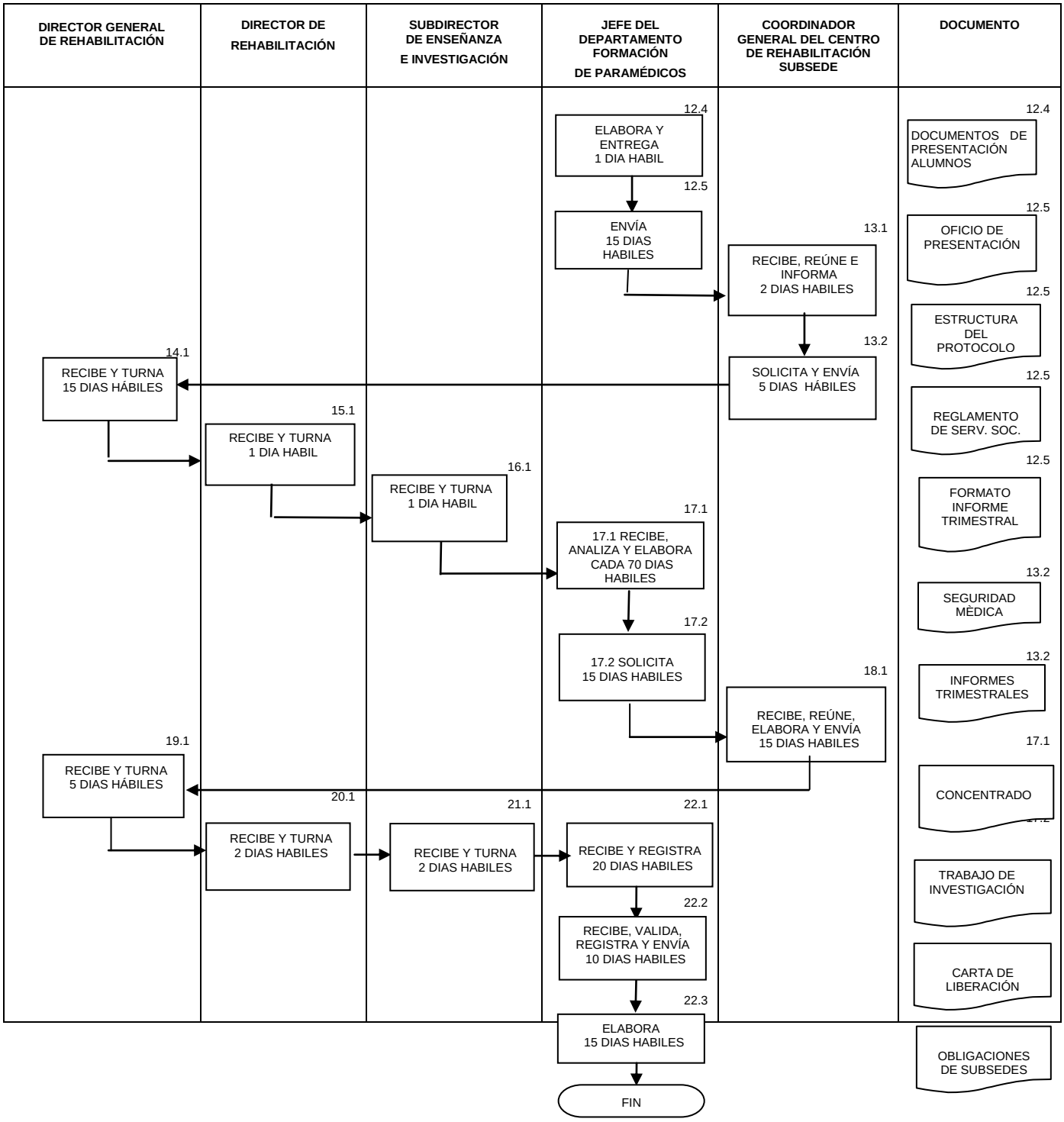
| RESPONSABLE | ACT. No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| DIRECTOR GENERAL DE REHABILITACIÓN | 11.1 | Revisa, autoriza y turna el concentrado de subsedes al Departamento de Formación de Paramédicos. 1 día hábil. |
| JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE PARAMÉDICOS | 12.1 | Recibe y elabora documento de aceptación de Subsedes. 1 día hábil. |
| | 12.2 | Implementa el curso de inducción de Servicio Social. 2 días hábiles. |
| | 12.3 | Coordina la selección y permutas de Subsedes de Servicio Social. 1 día hábil. |
| | 12.4 | Elabora y entrega a los pasantes documentos de presentación a las Subsedes de Servicio Social. 1 día hábil. |
| | 12.5 | Envía a las subsedes: oficio de presentación, estructura de protocolo, formato de informe trimestral y Reglamento para la Prestación de Servicio Social de las Licenciaturas en Terapia Física, Terapia Ocupacional y Carrera de Órtesis y Prótesis y documentación de prestadores de Servicio Social. 15 días hábiles. |
| COORDINADOR GENERAL DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN (SUBSEDE) | 13.1 | Recibe documentación y al pasante, reúne a las áreas administrativas, de valoración y tratamiento, de enseñanza e investigación y da a conocer las obligaciones y responsabilidades de las Sedes, Subsedes y pasantes. 2 días hábiles |
| | 13.2 | Solicita a pasantes y envía informe trimestral del pasante durante el servicio social, solicita al pasante la seguridad médica y la envía a la Dirección General de Rehabilitación. 5 días hábiles |
| DIRECTOR GENERAL DE REHABILITACIÓN | 14.1 | Recibe informe trimestral y seguridad médica de pasantes y turna a la Dirección de Rehabilitación. 15 días hábiles. |
| DIRECTOR DE REHABILITACION | 15.1 | Recibe informe trimestral y seguridad médica de pasantes y turna a la Subdirección de Enseñanza e Investigación. 1 día hábil. |

| RESPONSABLE | ACT. No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN | 16.1 | Recibe informe trimestral y seguridad médica de pasantes y turna al Departamento de Formación de Paramédicos. 1 día hábil. |
| JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE PARAMÉDICOS | 17.1 | Recibe seguridad médica por única vez y analiza informes trimestrales, elabora concentrado de información durante el periodo de Servicio Social. Cada 70 días hábiles. |
| | 17.2 | Solicita el trabajo de investigación (copia impresa) concluido y carta de liberación de Servicio Social en original y copia para su validación y registro. 15 días hábiles. |
| COORDINADOR GENERAL DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SUBSEDE | 18.1 | Recibe del pasante trabajo de investigación concluido (copia impresa) elabora carta de liberación (original y copia) y los envía a la Dirección General de Rehabilitación. 15 días hábiles. |
| DIRECTOR GENERAL DE REHABILITACIÓN | 19.1 | Recibe y turna a la Dirección de Rehabilitación trabajo de investigación y carta de Liberación de Servicio Social. 5 días hábiles |
| DIRECTOR DE REHABILITACIÓN | 20.1 | Recibe y turna a la Subdirección de Enseñanza e Investigación, trabajo de investigación y carta de Liberación de Servicio Social. 2 días hábiles |
| SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN | 21.1 | Recibe y turna al Departamento de Formación de Paramédicos, trabajo de investigación y carta de Liberación de Servicio Social. 2 días hábiles |
| JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE PARAMÉDICOS | 22.1 | Recibe y registra en el formato de seguimiento de protocolos, la conclusión de la elaboración del protocolo de investigación. 20 días hábiles. |
| | 22.2 | Recibe y valida carta de liberación de servicio social, la registra en el libro de cartas de liberación y envía carta de liberación de Servicio Social original al Centro Formador y copia del oficio del envío a la subsede. 10 días hábiles. |
| | 22.3 | Elabora documento indicando el cumplimiento tenido por las Subsedes, respecto a sus obligaciones de apoyo al Servicio Social. 15 días hábiles.<br>FIN |

## DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECTOR DE REHABILITACIÓN
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE PARAMÉDICOS
DOCUMENTO
9.2
9.1
9.2
RECIBE, INSTRUYE, TURNA 1 DIA HABIL
REALIZA OBSERVACIONES Y TURNA 1 DIA HABIL
9.3
CONCENTRADO DE SUBSEDES
9.3
RECIBE, REVISA 1 DIA HABIL
12.1
ACEPTACION DE SUBSEDES
SI
9.2
PROCEDE
NO
10.1
9.4
RECIBE Y ANALIZA 1 DIA HABIL
ENVÍA CONCENTRADO 1 DIA HABIL
SI
9.2
NO
PROCEDE
10.2
11.1
REVISA, AUTORIZA Y TURNA 1 DIA HABIL
ENVÍA CONCENTRADO 1 DIA HABIL
12.1
RECIBE Y ELABORA 1 DIA HABIL
12.2
IMPLEMENTA CURSO 1 DIA HABIL
12.3
COORDINA SELECCIÓN Y PERMUTAS 1 DIA HABIL


DIRECTOR GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECTOR DE REHABILITACIÓN
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
JEFE DEL DEPARTAMENTO FORMACIÓN DE PARAMÉDICOS
COORDINADOR GENERAL DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SUBSEDE
DOCUMENTO
12.4
ELABORA Y ENTREGA 1 DIA HABIL
12.5
ENVÍA 15 DIAS HABILES
13.1
RECIBE, REÚNE E INFORMA 2 DIAS HABILES
13.2
SOLICITA Y ENVÍA 5 DIAS HÁBILES
14.1
RECIBE Y TURNA 15 DIAS HÁBILES
15.1
RECIBE Y TURNA 1 DIA HABIL
16.1
RECIBE Y TURNA 1 DIA HABIL
17.1
17.1 RECIBE, ANALIZA Y ELABORA CADA 70 DIAS HABILES
17.2
17.2 SOLICITA 15 DIAS HABILES
18.1
RECIBE, REÚNE, ELABORA Y ENVÍA 15 DIAS HABILES
19.1
RECIBE Y TURNA 5 DIAS HÁBILES
20.1
RECIBE Y TURNA 2 DIAS HABILES
21.1
RECIBE Y TURNA 2 DIAS HABILES
22.1
RECIBE Y REGISTRA 20 DIAS HABILES
22.2
RECIBE, VALIDA, REGISTRA Y ENVÍA 10 DIAS HABILES
22.3
ELABORA 15 DIAS HABILES
FIN
12.4
DOCUMENTOS DE PRESENTACIÓN ALUMNOS
12.5
OFICIO DE PRESENTACIÓN
12.5
ESTRUCTURA DEL PROTOCOLO
12.5
REGLAMENTO DE SERV. SOC.
12.5
FORMATO INFORME TRIMESTRAL
13.2
SEGURIDAD MÉDICA
13.2
INFORMES TRIMESTRALES
17.1
CONCENTRADO
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
CARTA DE LIBERACIÓN
OBLIGACIONES DE SUBSEDES

## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1. Ley General de Salud.** (D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.2. Ley de Asistencia Social.** (D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.3. Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.** (D.O.F. 29 de mayo de 2000. Última reforma 19 de agosto de 2010). |
| **6.4 Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.** (D.O.F. 11 de junio de 2003. Última reforma 27 de noviembre de 2007). |
| **6.5 Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.** (D.O.F. 25 de junio de 2002. Última reforma 24 de junio de 2009). |
| **6.6 Ley General de Población.** (D.O.F. 07 de Enero de 1974. Ultima reforma 25 de Mayo de 2011). |
| **6.7 Ley de Migración.** (D.O.F. 25 de mayo de 2011). |
| **6.8 Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.** (D.O.F. 01 de Febrero de 2007. Última reforma 28 de Enero de 2011) |
| **6.9 Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.** (D.O.F. 30 de mayo de 2011). |
| **6.10 Ley para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas.** (D.O.F. 27 de noviembre de 2007. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.11. Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.** (D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.12. Convención sobre los Derechos del Niño.** (D.O.F. 25 de enero de 1991). |
| **6.13 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**. (D.O.F. 2 de Mayo de 2008). |
| **6.14. Programa Sectorial de Salud 2007-2012** (D.O.F. 17 de enero de 2008). |
| **6.15 Reglamento del Consejo Ciudadano Consultivo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.** (D.O.F. 29 de Noviembre de 2006. Última reforma 16 Junio de 2010). |
| **6.16 Decreto por el que se crea el Sistema Nacional de Guarderías y Estancias Infantiles.** (D.O.F. 10 de Mayo de 2007). |
| **6.17 Norma Oficial Mexicana** 173-SSA1-1998 para la Atención a Personas con Discapacidad. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999.) |
| **6.18 Norma Oficial Mexicana** 167 SSA-1-1997 para la prestación de Servicios de Asistencia Social, para Menores y Adultos Mayores. (D.O.F. 17 de Noviembre de 1999). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## 7.0 Glosario

**7.1 Amonestación verbal:** Advertir de forma oral al pasante cuando falte al cumplimiento de las obligaciones especificadas.

**7.2 Asesor:** Persona que da información, aconseja, guía sobre un asunto determinado.

**7.3 Ayuda económica:** Apoyo monetario que recibe el pasante que presta su Servicio Social para su manutención.

**7.4 Cancelación del Servicio Social:** Suspensión definitiva de la prestación del Servicio Social en ese ciclo escolar.

**7.5 Carta de liberación:** Documento oficial que emite la Subsede al pasante que concluyó un total de 1,840 horas de servicio social al momento de expedición, entregado a la DGRAS en original y copia para validación y registro.

**7.6 Constancia médica:** Documento oficial emitido por los servicios de seguridad médica gubernamental, tales como IMSS, ISSSTE, Seguro Popular o por cualquier otra instancia gubernamental.

**7.7 DGR.** Dirección General de Rehabilitación

**7.8 Días hábiles:** Días laborables del año excepto sábado, domingo y días festivos de Ley.

**7.9 Extrañamiento:** Severa observación que se hará por escrito a los pasantes que hayan recibido amonestación verbal y continúen incurriendo en la acción que generó dicha amonestación.

**7.10 Implementar:** Llevar a cabo, aplicar, poner en práctica o ejecutar acciones una vez que entre en vigor la normatividad correspondiente.

**7.11 Imprudencia:** Acción que representa un peligro y puede constituir un delito.

**7.12 Imputable:** Atribuir a alguien la causa de cierto perjuicio o daño.

**7.13 Informe:** Documento oficial que contiene las actividades realizadas por el pasante en un periodo determinado.

**7.14 Jornada:** Periodo de 8 horas continuas que debe cumplir el pasante en un día hábil.

**7.15 Licencia médica:** Documento oficial que comprueba la asistencia a un servicio médico y otorga al pasante permiso legal para ausentarse de las labores del Servicio Social, válida por los servicios de seguridad médica gubernamentales.

**7.16 Licencia por Gravidez:** Periodo de 90 días consecutivos que se otorga al sexo femenino por Embarazo, un mes antes y dos después del parto, sin detrimento del pago de la ayuda económica ni del cómputo del tiempo de Servicio Social.

**7.17 Negligencia:** Falta de cuidado, atención o interés.

**7.18 Órtesis:** Dispositivo agregado al cuerpo de una persona, para substituir la falta de fuerza motora, restablecer la función, apoyar a los músculos débiles, dar posición o inmovilizar una parte o corregir deformidades.

**7.19 Ortopedia**: Rama de la Medicina que estudia las deformidades del cuerpo humano y su corrección por medios fisioterapéuticos, quirúrgicos o protésicos.

**7.20 Pasante:** Alumno que cursa el último año de la Licenciatura en Terapia Física, Terapia Ocupacional o Carrera de Órtesis y Prótesis, que ha cursado y aprobado el total de asignaturas y créditos del plan de estudios vigente de la escuela de procedencia del Sistema Nacional DIF

**7.21 Permiso:** Autorización por escrito para ausentarse temporalmente del Servicio Social.

**7.22 Permuta:** Cambiar una subsede por otra entre dos o más pasantes en común acuerdo.

**7.23 Prótesis**: Rama de la terapéutica que tiene por objeto reemplazar la falta de un órgano o parte de él, por uno artificial.

**7.24 Reglamento**: Documento que contiene las disposiciones que conforman el marco normativo académico en el cual se desenvuelven los alumnos que realizan Servicio Social de las Licenciaturas en Terapia Física, Terapia Ocupacional y Carrera de Órtesis y Prótesis de las escuelas del Sistema Nacional DIF, denominado REGLAMENTO PARA LA PRESTACION DE SERVICIO SOCIAL DE LAS LICENCIATURAS EN TERAPIA FÍSICA, TERAPIA OCUPACIONAL Y CARRERA DE ÓRTESIS Y PRÓTESIS.

**7.25 Renuncia:** Documento mediante el cual el pasante expresa por escrito la no conclusión o término del Servicio Social.

**7.26 Retardo:** Registro del pasante, del minuto 11 al minuto 15 después de la hora de entrada.

**7.27 Sede**: Centro de Rehabilitación formador donde el pasante realizó sus estudios.

**7.28 Seguridad médica:** Documento que avala la inscripción y vigencia de los servicios de salud durante el Servicio Social, emitido por el IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, o cualquier otra instancia gubernamental.

**7.29 Seguro Médico Institucional**: Es la prestación que otorga el SNDIF contra accidentes para los pasantes de las Licenciaturas en Terapia Física, Terapia Ocupacional y Carrera de Órtesis y Prótesis.

**7.30 Servicio Social**: Conjunto de actividades prácticas que ejecutan con carácter temporal y obligatorio los pasantes en interés de la sociedad y el Estado.

**7.31 Subsede:** Centro de Rehabilitación donde el pasante realiza el Servicio Social.

**7.32 Sustraer:** Hurtar, robar, tomar algo sin autorización o permiso.

**7.33 Tolerancia:** Tiempo considerado dentro de los primeros 10 minutos de la hora de entrada.

**7.34 Trabajo de Investigación:** Documento de carácter obligatorio para los pasantes, aprobado por la sede y subsede; concluido y entregado a la DGR y Subsede en copia impresa, y original a la Sede para obtener la carta de Liberación de Servicio Social.

**7.35 Transgredir:** Infringir, violar, desobedecer una ley.

**7.36 Validado:** Que cumpla con los requisitos necesarios para ser considerado apropiado, correcto o legal.

## 8.0 Anexos

**8.1** Formato Aprovechamiento Académico

**8.2** Formato Oficio De Presentación

**8.3** Formato Carta Compromiso

**8.4** Formato Carta Pasante

**8.5** Formato Identificación De Alumnos En El Sistema Nacional DIF

**8.6** Formato Estructura Del Trabajo De Investigación

**8.7** Formato Informe Trimestral (Portada)

**8.8** Formato Actividades Académicas

**8.9** Formato Participación En Actividades De Prevención Y Atención A La Discapacidad (Terapia Física)

**8.10** Formato Participación En Actividades De Prevención Y Atención A La Discapacidad (Terapia Ocupacional)

**8.11** Formato Participación En Actividades De Prevención Y Atención A La Discapacidad (Órtesis Y Prótesis)

**8.12** Formato Carta De Liberación De Servicio Social

## 8.1 Aprovechamiento Académico

### APROVECHAMIENTO ACADÉMICO

CENTRO FORMADOR:_____1_____
CARRERA:_____2_____ GENERACIÓN_____3_____

| NOMBRE 4 | PROMEDIO 5 | EXAMEN EXTRAORD 6. | AMONESTACIONES 7 | OBSERVACIONES 8 | FIRMA 9 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

NOMBRE DEL COORDINADOR GENERAL DEL CENTRO_____10_____ FIRMA:_____11_____

NOMBRE DEL JEFE DEL DEPTO. DE ENSEÑANZA_____12_____ FIRMA:_____13_____

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**APROVECHAMIENTO ACADÉMICO**

| | |
|---|---|
| 1 | Nombre completo del Centro Formador. |
| 2 | Nombre de la carrera que corresponda. |
| 3 | Fecha de inicio y término de generación. |
| 4 | Nombre completo del alumno. |
| 5 | Anotar el promedio general con números arábigos y 3 décimas. |
| 6 | Número total de exámenes extraordinarios presentados durante la carrera. |
| 7 | Número total de amonestaciones escritas durante la carrera. |
| 8 | Anotar en caso necesario. |
| 9 | Firma de conformidad del alumno. |
| 10 | Nombre del Director o Coordinador General del Centro |
| 11 | Firma del Director ó Coordinador General del Centro |
| 12 | Nombre del Jefe del Departamento de Enseñanza |
| 13 | Firma del Jefe del Departamento de Enseñanza |

## 8.2 Oficio de Presentación

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación
Of. 221 100 00* / __1__/20___

México, D.F., _____2_____

_____**3**_____

_____**4**_____

_____**5**_____

**PRESENTE**

Por medio de la presente, me permito presentar a sus finas atenciones al C._____**6**_____alumno de la Escuela de Terapia del _____7_____quien realizará prácticas Profesionales de Servicio Social en el área de _____8_____en ese Centro a su cargo durante el periodo comprendido de _____**9**_____ con horario de 07:00 a 15:00 hrs. informándole que el (la) pasante gozará de dos periodos vacacionales de diez días hábiles asignados por esta Dirección.

De surgir alguna irregularidad, comunicarse a la brevedad posible al Departamento de Formación de Paramédicos al teléfono (55) 30-03-22-00 ext. 4215.

Asimismo, envío a usted el ”Reglamento para la Prestación de Servicio Social de las Licenciaturas en Terapia Física, Terapia Ocupacional, y Carrera de Órtesis y Prótesis “Cronograma de Actividades” “Formato de Liberación de Servicio Social y Formatos del “Informe Trimestral de Actividades de Prácticas Profesionales”, solicitándole de la manera más atenta se dé cumplimiento al Reglamento en referencia.

Agradeceré a usted las facilidades que se brinden al pasante para el desempeño de su Servicio Social.

ATENTAMENTE

DIRECTOR DE REHABILITACIÓN

c.c.p. 10 Coordinador o Director General del Centro Formador

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**OFICIO DE PRESENTACIÓN**

| | |
|---|---|
| 1 | Espacio en Blanco. |
| 2 | Día, mes y año de la asignación de Subsedes de Servicio Social. |
| 3,4,5 | Espacios en Blanco. |
| 6 | Nombre completo del alumno que realizará Servicio Social. |
| 7 | Nombre completo del Centro Formador |
| 8 | Nombre de la carrera que corresponda. |
| 9 | Período comprendido en que realizará Servicio Social. |
| 10 | Nombre completo del Director o Coordinador General del Centro Formador. |
| 11 | Nombre completo del Jefe del Departamento de Formación de Paramédicos. |
| 12 | Nombre completo del pasante Servicio Social |

## 8.3 Carta Compromiso

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación

_____**1**_____
Of. 221 __**2**__ 00* / ___**3**___ /20___

México, D.F., _____**4**_____

**CARTA COMPROMISO**

_____**5**_____
DIRECTOR DE REHABILITACIÓN
P R E S E N T E

El que suscribe alumno del __**6**__ año de la _____**7**_____ del Centro _____**8**_____, acepto realizar mi servicio social del __**9**__ de septiembre de___**10**___al____(**11**)___de agosto de 20___(**12**)__ en: _____**13**_____

Asimismo, me comprometo a realizar las actividades que me indiquen por parte del Escuela Sede, el Departamento de Formación de Paramédicos y la Subsede.

A T E N T A M E N T E

_____**14**_____
**PASANTE EN SERVICIO SOCIAL**

C.p. _____15_____Director General de Recursos Humanos DIF Nacional
_____16_____Director del Centro Formador
_____17_____Jefe del Departamento de Apoyo Administrativo
_____18_____Jefe del Departamento de Formación de Paramédicos
_____19_____Pasante en Servicio Social

| | |
|---|---|
| 1 | Nombre completo del Centro Formador. |
| 2 | Centro de costo del Centro Formador. |
| 3 | Número de oficio que da el Centro Formador. |
| 4 | Día, mes y año de la asignación de Subsedes |
| 5 | Nombre completo del Director de Rehabilitación. |
| 6 | Especificar 3ro. ó 4to. |
| 7 | Nombre completo de la Carrera. |
| 8 | Nombre completo del Centro Formador. |
| 9 | Primer día hábil del mes de Septiembre en que inicia el Servicio Social. |
| 10 | Año en que inicia el Servicio Social. |
| 11 | Último día hábil del mes de Agosto. |
| 12 | Año en que termina el Servicio Social. |
| 13 | Nombre del Centro donde realizará el Servicio Social. |
| 14 | Nombre completo del pasante en Servicio Social. |
| 15 | Nombre completo del Director General de Recursos Humanos del DIF Nacional. |
| 16 | Nombre completo del Director o Coordinador General del Centro Formador. |
| 17 | Nombre completo del Jefe del Departamento de Apoyo Administrativo. |
| 18 | Nombre completo del Jefe del Departamento de Formación de Paramédicos. |
| 19 | Nombre completo del pasante en Servicio Social |

## 8.4 Carta Pasante

### CARTA PASANTE

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación

_____1_____
Of. 221 ___**2**__ 00* /__**3**__ /20___

México, D.F., _____4_____

**CARTA PASANTE**

_____**5**_____
DIRECTOR DE REHABILITACIÓN
P R E S E N T E

Por este conducto le informo a usted que el alumno _____6_____cursó en la Escuela de Terapia del Centro_____7_____", las materias correspondientes a la _____8_____hasta el __9__ semestre, cubriendo todos los créditos requeridos.

**A T E N T A M E N T E**

_____**10**_____
**DIRECTOR DEL CENTRO FORMADOR**

C.p. _____11_____Director General de Recursos Humanos
_____12_____Jefe del Departamento de Apoyo Administrativo
_____13_____Jefe del Departamento de Formación de Paramédicos
_____14_____Pasante en Servicio Social

## 8.5 Identificación de Alumnos en el Sistema Nacional DIF

**Formato de Identificación de Alumnos en el Sistema Nacional DIF**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | 2 | | 3 | | 4 | | |
| | Apellido Paterno | | Apellido Materno | | Nombre(s) | | |
| Fecha de nacimiento | 5 | 6 | 7 | 8 | Sexo | 9 | 10 |
| | Día | Mes | Año | Edad | | Femenino | Masculino |
| Lugar de nacimiento | 11 | | 12 | | Nacionalidad | 13 | 14 |
| | Municipio | | Entidad Federativa | | | Mexicana | Extranjero |
| Estado Civil | 15 | 16 | Hijos(a) | 17 | Edades | 18 | |
| | Soltero(a) | Casado(a) | | Número | | Del menor al mayor | |
| Tipo de Sangre : 19 | | CURP: 20 | | | No IFE: 21 | | |
| Alergias/Enfermedades: 22 | | | | Medicamentos: 23 | | | |
| Domicilio | 24 | | 25 | 26 | 27 | | |
| | Calle | | Núm Ext | Núm Int | Colonia | | |
| 28 | | 29 | | | 30 | | |
| Código postal | | Municipio | | | Entidad Federativa | | |
| Teléfono | Particular | 31 | | | 33 | | |
| | Celular | 32 | | | Correo Electrónico | | |
| **Situación Académica:** | | | | | | | |
| Escuela: 34 | | Carrera: 35 | | | Grado: 36 | | |
| **Domicilio Particular donde se localizará durante el Servicio Social (Llenado por la DGRAS)** | | | | | | | |
| 37 | | 38 | 39 | 40 | | | |
| Calle | | Núm Ext | Num Int | Colonia | | | |
| 41 | 42 | | | 43 | | | |
| Código Postal | Municipio | | | Entidad Federativa | | | |
| Teléfono(s) | 44 | | | | | | |
| **En caso de emergencia avisar a:** | | | | | | | |
| 45 | 46 | | | 47 | | | |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | | | Nombre(s) | | | |
| Parentesco | 48 | | Teléfono(s) | 49 | | | |
| **Dirección de Casa o Trabajo para emergencias** | | | | | | | |
| 50 | | 51 | 52 | 53 | | | |
| Calle | | Num Ext | Núm Int | Colonia | | | |
| 54 | 55 | | | 56 | | | |
| Código Postal | Municipio | | | Entidad Federativa | | | |
| Teléfono(s) | 57 | | E- mail | 58 | | | |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE ALUMNOS EN EL SISTEMA NACIONAL DIF**

| | |
|---|---|
| 1 | Año de inicio y término de Servicio Social |
| 2 | Apellido Paterno del Alumno. |
| 3 | Apellido Materno del Alumno. |
| 4 | Nombre(s) completo(s) del Alumno. |
| 5 | Número arábigo del día de nacimiento del Alumno. |
| 6 | Número arábigo del mes de nacimiento del Alumno. |
| 7 | Número arábigo del año completo de nacimiento del Alumno. |
| 8 | Número arábigo de años cumplidos del Alumno. |
| 9 | Marcar con una cruz la opción FEMENINO según corresponda. |
| 10 | Marcar con una cruz la opción MASCULINO según corresponda. |
| 11 | Municipio del lugar de nacimiento |
| 12 | Entidad Federativa del lugar de nacimiento |
| 13 | Marcar con una cruz la opción MEXICANA según corresponda. |
| 14 | Anotar la nacionalidad extranjera que corresponda. |
| 15 | Marcar con una cruz la opción SOLTERO (A) según corresponda. |
| 16 | Marcar con una cruz la opción CASADO (A) según corresponda. |
| 17 | Número arábigo de los hijos del Alumno. |
| 18 | Número arábigo de las edades de los hijos del Alumno de menor a mayor. |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE ALUMNOS EN EL SISTEMA NACIONAL DIF**

| | |
|---|---|
| 19 | Grupo o Tipo sanguíneo del alumno (letra y signo). |
| 20 | Clave Única de Registro de Población del alumno |
| 21 | Número de 13 dígitos que se encuentra en la parte posterior de la credencial de elector. |
| 22 | Nombre completo de alergias o enfermedades del alumno. |
| 23 | Nombre completo de medicamentos que correspondan a las alergias o enfermedades del alumno. |
| 24 | Nombre completo de la calle del domicilio del alumno. |
| 25 | Número arábigo exterior del inmueble del domicilio del alumno. |
| 26 | Número arábigo interior del inmueble del domicilio del alumno. |
| 27 | Nombre completo de la colonia del domicilio del alumno. |
| 28 | Número de 5 dígitos del código postal del domicilio del alumno. |
| 29 | Municipio del domicilio del alumno. |
| 30 | Entidad Federativa del domicilio del alumno. |
| 31 | Número telefónico del domicilio del alumno incluyendo clave lada. |
| 32 | Número de celular del alumno incluyendo clave lada. |
| 33 | Dirección electrónica completa del alumno. |
| 34 | Nombre completo del Centro Formador del alumno. |
| 35 | Nombre completo de la carrera del alumno. |
| 36 | Número arábigo del grado académico del alumno, 4º ó 5º |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE ALUMNOS EN EL SISTEMA NACIONAL DIF**

| | |
|---|---|
| 37 | Nombre completo de la calle del domicilio del alumno donde realizará Servicio Social. |
| 38 | Número arábigo exterior del inmueble del domicilio del alumno donde realizará Servicio Social. |
| 39 | Número arábigo interior del inmueble del domicilio del alumno donde realizará Servicio Social. |
| 40 | Nombre completo de la colonia del domicilio del alumno donde realizará Servicio Social. |
| 41 | Número de 5 dígitos del código postal del domicilio del alumno donde realizará Servicio Social. |
| 42 | Municipio del domicilio del alumno donde realizará Servicio Social. |
| 43 | Entidad Federativa del domicilio del alumno donde realizará Servicio Social. |
| 44 | Número telefónico del domicilio del alumno incluyendo clave lada donde realizará Servicio Social. |
| 45 | Apellido Paterno del familiar del Alumno. |
| 46 | Apellido Materno del familiar del Alumno. |
| 47 | Nombre(s) completo(s) del familiar del Alumno. |
| 48 | Parentesco del familiar del Alumno. |
| 49 | Número telefónico del familiar del Alumno. |
| 50 | Nombre completo de la calle del domicilio del familiar del alumno. |
| 51 | Número arábigo exterior del inmueble del domicilio del familiar del alumno. |
| 52 | Número arábigo interior del inmueble del domicilio del familiar del alumno. |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE ALUMNOS EN EL SISTEMA NACIONAL DIF**

| | |
|---|---|
| 53 | Nombre completo de la colonia del domicilio del familiar del alumno. |
| 54 | Número de 5 dígitos del código postal del domicilio del familiar del alumno. |
| 55 | Municipio del domicilio del familiar del alumno. |
| 56 | Entidad Federativa del domicilio del familiar del alumno. |
| 57 | Número telefónico personal o laboral del familiar del alumno. |
| 58 | Correo electrónico personal o laboral del familiar del alumno. |

## 8.6 Estructura del Trabajo de Investigación

ESTRUCTURA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

TITULO.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR.

ASESOR RESPONSABLE Y ASOCIADOS INTERNOS Y EXTERNOS.

INTRODUCCIÓN.

JUSTIFICACIÓN.

ANTECEDENTES.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

MARCO TEÓRICO.

OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS.

HIPÓTESIS.

VARIABLES.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

TIPO DE ESTUDIO

SITIO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.

POBLACIÓN Y/O MUESTRA.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

RECURSOS

HUMANOS.

MATERIALES.

FINANCIEROS

## ESTRUCTURA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

FORMATOS PARA LA CAPTACIÓN DE DATOS.

PERIODO EN QUE SE LLEVARÁ A CABO EL ESTUDIO.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

**.PROGRAMA DE TRABAJO.**

PRUEBA DE CAMPO O ENSAYO.

PRUEBAS PARA EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

GUÍAS, CUESTIONARIOS, CÉDULAS, PRUEBAS, ETC.

LOS PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN DEBEN SER APROBADOS POR LOS COMITÉS DE INVESTIGACIÓN Y BIOÉTICA DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN EN DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN DEPENDIENTES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN DISPONIBLE EN LA NORMATECA DEL DIF NACIONAL.

## 8.7 Informe Trimestral (Portada)

INFORME TRIMESTRAL

DIF

**DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

**Departamento de Formación de Paramédicos**

INFORME TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES DE PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL DE LAS LICENCIATURAS EN TERAPIA FÍSICA Y TERAPIA OCUPACIONAL

NOMBRE DEL PASANTE:_____1_____

ESCUELA DE PROCEDENCIA DEL PASANTE:_____2_____
CENTRO DONDE REALIZA SERVICIO SOCIAL:_____3_____
PERIODO DE INFORME

1er. INFORME DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE ( 4 )

2do. INFORME DE DICIEMBRE A FEBRERO ( 4 )

**3er. INFORME DE MARZO A MAYO ( 4 )**

**4to. INFORME DE JUNIO A AGOSTO ( 4 )**

REPORTE FINAL DE ACTIVIDADES ( 4 )

PERIODO DEL REPORTE DEL ___5___DE_____6_____ AL__7___DE _____8_____

No DE DÍAS LABORADOS_____9_____ INCIDENCIAS: _____10_____

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**INFORME TRIMESTRAL PORTADA**

| | |
|---|---|
| 1 | Apellido paterno, materno y nombre (s). |
| 2 | Nombre completo del Centro Formador. |
| 3 | Nombre completo del Centro donde realiza Servicio Social. |
| 4 | Marcar con una “X” el periodo a que corresponda. |
| 5 | Anotar primer día hábil del periodo del informe. |
| 6 | Anotar el mes de inicio del periodo del informe. |
| 7 | Anotar último día hábil del periodo del informe. |
| 8 | Anotar el mes de término del periodo del informe. |
| 9 | Días hábiles laborados. |
| 10 | Número de Incidencias del pasante en Servicio Social. |
| 11 | Especificar el motivo de la (s) incidencia(s). |

## 8.7 1 Actividades Académicas

**7.1 ACTIVIDADES ACADÉMICAS**

1.1 TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

TITULO:_____1_____

NOMBRE Y PROFESIÓN DEL ASESOR (ES)
_____2_____
_____

GRADO DE AVANCE (CONSIDERANDO COMO PUNTO DE REFERENCIA LOS 26 PUNTOS ESTABLECIDOS EN LA ESTRUCTURA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN) Y DESCRIPCION DE ACUERDO AL CRONOGRAMA:
_____3_____
_____
_____

OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS:
_____4_____
_____
_____

1.2 PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA

| ACTIVIDAD | No DE SESIONES | DOCENTE | ASISTENTE | LUGAR Y TEMAS |
|---|---|---|---|---|
| CONFERENCIAS | 5 | 6 | 7 | 8 |
| SESIONES BIBLIOGRÁFICAS Y/O GENERALES | | | | |
| CURSOS | | | | |
| TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | | | | |
| OTROS | | | | |

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD O ÁREA_____9_____

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**ACTIVIDADES ACADÉMICAS**

| | |
|---|---|
| 1 | Nombre del Trabajo de Investigación. |
| 2 | Nombre completo y profesión del Asesor (es) del Trabajo de Investigación. |
| 3 | Porcentaje del 0 al 100% y descripción del avance del trabajo de Investigación. |
| 4 | Especificar las facilidades u obstáculos para la realización del trabajo de investigación |
| 5 | Número total de sesiones a las que asistió. |
| 6 | Número de sesiones en que participó como docente. |
| 7 | Número de sesiones en que participó como asistente. |
| 8 | Anotar el lugar y anexar lista de los temas expuestos. |
| 9 | Nombre completo y firma del responsable del área ó actividad. |

## 8.7 2 Participación en Actividades de Prevención y Atención a la Discapacidad (Terapia Física)

**7.2 PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD (TERAPIA FÌSICA)**

| ACCIONES | EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN 1 | EN LA UBR 2 | EN LA COMUNIDAD 3 | TOTAL 4 |
|---|---|---|---|---|
| DETECCIONES | | | | |
| ELABORACIÓN DE PROGRAMAS DE CASA | | | | |
| A | | | | |
| ATENCIÓN A PACIENTES SUBSECUENTES | | | | |

2.1 MODALIDADES TERAPÉUTICAS OTORGADAS

| MODALIDAD / MES | MES:__5____ | MES__5___ | MES__5__ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| MECANOTERAPIA | 6 | 6 | 6 | 8 |
| HIDROTERAPIA | 6 | 6 | 6 | 8 |
| ELECTROTERAPIA | 6 | 6 | 6 | 8 |
| ESTIMULACIÓN MÚLTIPLE TEMPRANA | 6 | 6 | 6 | 8 |
| ORIENTACIÓN Y MOVILIDAD | 6 | 6 | 6 | 8 |
| PROGRAMAS DE CASA | 6 | 6 | 6 | 8 |
| OTROS | 6 | 6 | 6 | 8 |
| TOTAL | 7 | 7 | 7 | 9 |

ELABORACIÓN DE NOTAS EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO

| TIPO DE NOTA | REALIZADAS | NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL ÁREA |
|---|---|---|
| NOTA INICIAL | 10 | 11 |
| NOTA SUBSECUENTE Y/O FINAL | 12 | 11 |

2.3 ATENCIÓN A GRUPOS

| TIPO DE GRUPO | No DE PACIENTES | FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO | DURACIÓN DEL TX | MODALIDAD TERAPÉUTICA EMPLEADA | OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS |
|---|---|---|---|---|---|
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| | | | | | |
| | | | | | |

_____19_____
DIRECTOR (A) COORDINADOR (A) GENERAL
NOMBRE Y FIRMA

_____20_____
JEFE DEL DEPTO. ENSEÑANZA
NOMBRE Y FIRMA

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD (TERAPIA FÍSICA)**

| | |
|---|---|
| 1 | Número total de acciones realizadas en la Subsede de Servicio social. |
| 2 | Número total de acciones realizadas en la Unidad Básica de Rehabilitación en caso de ser asignados. |
| 3 | Número total de acciones realizadas en la comunidad en caso de ser asignados. |
| 4 | Número total de acciones realizadas. |
| 5 | Nombre del mes que reporta. |
| 6 | Número total de acciones realizadas por modalidad terapéutica que corresponda de acuerdo al mes que reporta. |
| 7 | Suma total por mes de las modalidades terapéuticas aplicadas. |
| 8 | Suma total por modalidad terapéutica en el trimestre. |
| 9 | Suma total de todas las modalidades terapéuticas en el trimestre. |
| 10 | Suma total de elaboración de notas iniciales en expediente clínico por trimestre. |
| 11 | Nombre completo y firma del responsable del área. |
| 12 | Suma total de elaboración de notas subsecuentes y/o finales en expediente clínico por trimestre. |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD (TERAPIA FÍSICA)**

| | |
|---|---|
| 13 | Especificar el nombre del grupo en atención. |
| 14 | Número total de pacientes por cada grupo. |
| 15 | Especificar el número de veces a la semana en que se proporciona atención al grupo. |
| 16 | Especificar en minutos la duración de atención a cada grupo por sesión. |
| 17 | Especificar la(s) modalidad (es) aplicada(s) durante el tratamiento. |
| 18 | Describir brevemente propuestas de mejora |
| 19 | Nombre completo y firma del Director (a) y/o Coordinador(a) General del Centro. |
| 20 | Nombre completo y firma del Jefe del Departamento de Enseñanza del Centro. |

## 8.7 3 Participación en Actividades de Prevención y Atención a la Discapacidad (Terapia Ocupacional)

**7.3. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD (TERAPIA OCUPACIONAL)**

| ACCIONES | EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN 1 | EN LA UBR 2 | EN LA COMUNIDAD 3 | TOTAL 4 |
|---|---|---|---|---|
| DETECCIONES | | | | |
| ELABORACIÓN DE PROGRAMAS DE CASA | | | | |
| A | | | | |
| ATENCIÓN A PACIENTES SUBSECUENTES | | | | |

2.2 MODALIDADES TERAPÉUTICAS OTORGADAS

| MODALIDAD / MES | MES:__5____ | MES__5___ | MES__5__ | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| VALORACIÓN | 6 | 6 | 6 | 8 |
| ADIESTRAMIENTO Y/O TRATAMIENTO | 6 | 6 | 6 | 8 |
| ELABORACIÓN | 6 | 6 | 6 | 8 |
| OTRA (ESPECIFIQUE) | 6 | 6 | 6 | 8 |
| TOTAL | 7 | 7 | 7 | 9 |

ELABORACIÓN DE NOTAS EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO

| TIPO DE NOTA | REALIZADAS | NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL ÁREA |
|---|---|---|
| NOTA INICIAL | 10 | 11 |
| NOTA SUBSECUENTE Y/O FINAL | 12 | 11 |

2.3 ATENCIÓN A GRUPOS

| TIPO DE GRUPO | No DE PACIENTES | FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO | DURACIÓN DEL TX | MODALIDAD TERAPÉUTICA EMPLEADA | OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS |
|---|---|---|---|---|---|
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| | | | | | |
| | | | | | |

_____19_____
DIRECTOR (A) COORDINADOR (A) GENERAL
NOMBRE Y FIRMA

_____20_____
JEFE DEL DEPTO. ENSEÑANZA
NOMBRE Y FIRMA

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD (TERAPIA OCUPACIONAL)**

| | |
|---|---|
| 1 | Número total de acciones realizadas en la Subsede de Servicio Social. |
| 2 | Número total de acciones realizadas en la Unidad Básica de Rehabilitación en caso de ser asignados. |
| 3 | Número total de acciones realizadas en la comunidad en caso de ser asignados. |
| 4 | Número total de acciones realizadas. |
| 5 | Nombre del mes que reporta. |
| 6 | Total de acciones realizadas por modalidad terapéutica que corresponda de acuerdo al mes que reporta. |
| 7 | Total por mes de las modalidades terapéuticas aplicadas. |
| 8 | Total por modalidad terapéutica en el trimestre. |
| 9 | Total de todas las modalidades terapéuticas en el trimestre. |
| 10 | Total de notas iniciales realizadas en expediente clínico por trimestre. |
| 11 | Nombre completo y firma del responsable del área. |
| 12 | Total de notas subsecuentes y/o finales realizadas en expediente clínico por trimestre. |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD (TERAPIA OCUPACIONAL)**

| | |
|---|---|
| 13 | Especificar el nombre del grupo en atención. |
| 14 | Número total de pacientes por cada grupo. |
| 15 | Especificar el número de veces a la semana en que se proporciona atención al grupo. |
| 16 | Especificar en minutos la duración de atención a cada grupo por sesión. |
| 17 | Especificar la(s) modalidad (es) aplicada(s) durante el tratamiento. |
| 18 | Describir brevemente propuestas de mejora |
| 19 | Nombre completo y firma del Director (a) y/o Coordinador(a) General del Centro. |
| 20 | Nombre completo y firma del Jefe del Departamento de Enseñanza del Centro. |

## 8.7 4 Participación en Actividades de Prevención y Atención s la Discapacidad (Órtesis Y Prótesis)

### 7.4. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD (ÓRTESIS Y PRÓTESIS)

| ACCIONES | EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN | EN LA | EN LA COMUNIDAD | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| DETECCIONES | 1 | 2 | 3 | 4 |
| A TENCIÓN | | | | |
| ATENCIÓN A PACIENTES SUBSECUENTES | | | | |

MODALIDADES TERAPÉUTICAS ÓRTESIS Y PRÓTESIS

| MODALIDADES TERAPÉUTICAS | | | FABRICADAS | REPARADAS | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | DESCRIPCIÓN | | | | |
| PRÓTESIS | MIEMBRO SUPERIOR | DESARTICULADO DE HOMBRO | 5 | 6 | 7 |
| | | DESARTICULADO DE CODO | | | |
| | | ARRIBA DE CODO | | | |
| | | DESARTICULADO DE MUÑECA | | | |
| | | PARCIAL DE MANO | | | |
| | MIEMBRO INFERIOR | DESARTICULADO DE CADERA | | | |
| | | ARRIBA DE RODILLA | | | |
| | | DESARTICULADO DE RODILLA | | | |
| | | DEBAJO DE RODILLA | | | |
| | | TIPO SYME | | | |
| | | PARCIAL DE PIE | | | |
| | OTROS | ESPECIFICAR | | | |
| ÓRTESIS | MIEMBRO SUPERIOR | HOMBRO | 8 | 9 | 10 |
| | | BRAZO | | | |
| | | ANTEBRAZO | | | |
| | | MANO | | | |
| | MIEMBRO INFERIOR | CORTAS | | | |
| | | LARGAS | | | |
| | | LARGAS PÉLVICAS | | | |
| | | LARGAS CORSET | | | |
| | TRONCO | CORSET | | | |
| | | COLLARIN | | | |
| | | FAJA | | | |
| | OTRAS | ESPECIFICAR | | | |
| ZAPATERÍA | ZAPATOS | | 11 | 12 | 13 |
| | ADAPTACIONES | | | | |
| | PLANTILLAS | | | | |
| | OTROS (ESPECIFICAR) | | | | |
| OTROS CONCEPTOS | MULETAS TIPO CANADIENSE | | 14 | 15 | 16 |
| | MULETAS AXILARES | | | | |
| | SILLA DE RELAJACIÓN | | | | |
| | OTROS ESPECIFICAR | | | | |
| | TOTAL DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS | | 17 | 18 | 19 |

ELABORACIÓN DE NOTAS EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO

| TIPO DE NOTA | REALIZADAS | NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL ÁREA |
|---|---|---|
| NOTA INICIAL | 20 | 22 |
| NOTA SUBSECUENTE Y/O FINAL | 21 | 22 |

23
DIRECTOR (A) COORDINADOR (A) GENERAL
NOMBRE Y FIRMA

24
JEFE (A) DEL DEPTO. DE ENSEÑANZA
NOMBRE Y FIRMA

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD (ÓRTESIS Y PRÓTESIS)**

| | |
|---|---|
| 1 | Total de acciones realizadas en la Subsede de Servicio Social. |
| 2 | Total de acciones realizadas en la Unidad Básica de Rehabilitación en caso de ser asignados. |
| 3 | Total de acciones realizadas en la comunidad en caso de ser asignados. |
| 4 | Total de acciones realizadas. |
| 5 | Total de prótesis fabricadas. |
| 6 | Total de prótesis reparadas. |
| 7 | Total de prótesis fabricadas y reparadas. |
| 8 | Total de órtesis fabricadas |
| 9 | Total de órtesis reparadas. |
| 10 | Total de órtesis fabricadas y reparadas. |
| 11 | Total de piezas de zapatería fabricadas. |
| 12 | Total de piezas de zapatería reparadas. |
| 13 | Total de piezas de zapatería fabricadas y reparadas. |
| 14 | Total de otros conceptos fabricados. |
| 15 | Total de otros conceptos reparados. |
| 16 | Total de otros conceptos fabricados y reparados. |
| 17 | Total de piezas fabricadas según el tipo de modalidad |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN**
**A LA DISCAPACIDAD (ÓRTESIS Y PRÓTESIS)**

| | |
|---|---|
| 18 | Total de piezas reparadas según el tipo de modalidad |
| 19 | Total de piezas fabricadas y reparadas. |
| 20 | Total de notas iniciales realizadas en expediente clínico por trimestre. |
| 21 | Total de notas subsecuentes y/o finales realizadas en expediente clínico por trimestre. |
| 22 | Nombre completo y firma del responsable del área. |
| 23 | Nombre completo y firma del Director o Coordinador General de Enseñanza |
| 24 | Nombre completo y firma del Jefe del Departamento de Enseñanza. |

## 8.8 Carta De Liberación De Servicio Social

**CARTA DE LIBERACIÓN DE SERVICIO SOCIAL**

LUGAR Y FECHA ___1___

_____2_____
_____3_____
_____4_____

POR MEDIO DE LA PRESENTE COMUNICO A USTED, QUE EL (LA) C. _____5_____ PASANTE DE LA LICENCIATURA EN _____ 6 _____ HA REALIZADO SU SERVICIO SOCIAL, DURANTE EL PERIODO DEL_____7_____ AL _____8_____, CUMPLIENDO CON EL TIEMPO ESTABLECIDO DE UN TOTAL DE 1,840 HORAS.

EL SERVICIO SOCIAL FUE DESARROLLADO EN _____9_____ EL CUAL TIENE COMO OBJETIVO PROPORCIONAR SERVICIO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL.

EL DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE SERVICIO SOCIAL FUE SATISFACTORIO Y CUBRIÓ LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS.

SE EXTIENDE LA PRESENTE PARA LOS FINES QUE AL INTERESADO (A) CONVENGAN.

ATENTAMENTE

_____10_____
DIRECTOR (A) O COORDINADOR (A) GENERAL DE LA SUBSEDE

C. p. _____11_____ JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE PARAMÉDICOS

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**
**CARTA DE LIBERACIÓN DE SERVICIO SOCIAL**

| | |
|---|---|
| 1 | Entidad Federativa de la Subsede de Servicio Social y último día hábil del mes de agosto del año de término del Servicio Social. |
| 2 | Nombre completo del Director o Coordinador General del Centro Formador (Escuela sede) |
| 3 | Cargo del Director o Coordinador General del Centro Formador (Escuela sede) |
| 4 | Nombre completo del Centro Formador (Escuela sede) |
| 5 | Nombre completo del pasante Servicio Social, apellido paterno, materno y nombre (s). |
| 6 | Nombre de la carrera que corresponda. |
| 7 | Anotar día, mes y año de inicio del Servicio Social. |
| 8 | Anotar día, mes y año de término del Servicio Social. |
| 9 | Nombre completo del Centro donde realizó el Servicio Social. |
| 10 | Nombre completo y firma del Director o Coordinador General del Centro donde realizó el Servicio Social. |
| 11 | Nombre completo del Jefe del Departamento de Formación de Paramédicos. |

# 17- PROCEDIMIENTO PARA SELECCIONAR A LOS ASPIRANTES AL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE REHABILITACIÓN

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACÍON | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN,<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Seleccionar a los Médicos más aptos para cursar la Especialización en Medicina de Rehabilitación, mediante la aplicación del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas, para formar profesionales especializados en Medicina de Rehabilitación.

## 2.0 Alcance

Aplica a la Dirección General de Rehabilitación, Dirección de Rehabilitación, Subdirección de Enseñanza e Investigación, Departamento de Formación de Especialistas, Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración Educativa “Gaby Brimmer” y Centro de Rehabilitación Integral de Guadalajara, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

## 3.0 Director General de Rehabilitación

**3.1 Dirección de Rehabilitación**
Es responsable de autorizar el ingreso de los aspirantes seleccionados por la Sede.

**3.2 Dirección de Rehabilitación**
Es responsable de que las Sedes cuenten con el Procedimiento para hacer cumplir y vigilar su correcta aplicación.

**3.3 Subdirección de Enseñanza e Investigación**
Es responsable de la actualización permanente del procedimiento publicado en la Normateca interna de la Institución.

**3.4 Departamento de Formación de Especialistas**
Es responsable de:
Coordinar la difusión de la convocatoria al Curso de Especialización.
Orientar y canalizar a los aspirantes a las Sedes.
Supervisar la correcta aplicación del Procedimiento
Asesorar y mantener permanente comunicación con las Sedes del Curso.
Llevar a cabo los trámites administrativos para el ingreso de los médicos seleccionados.

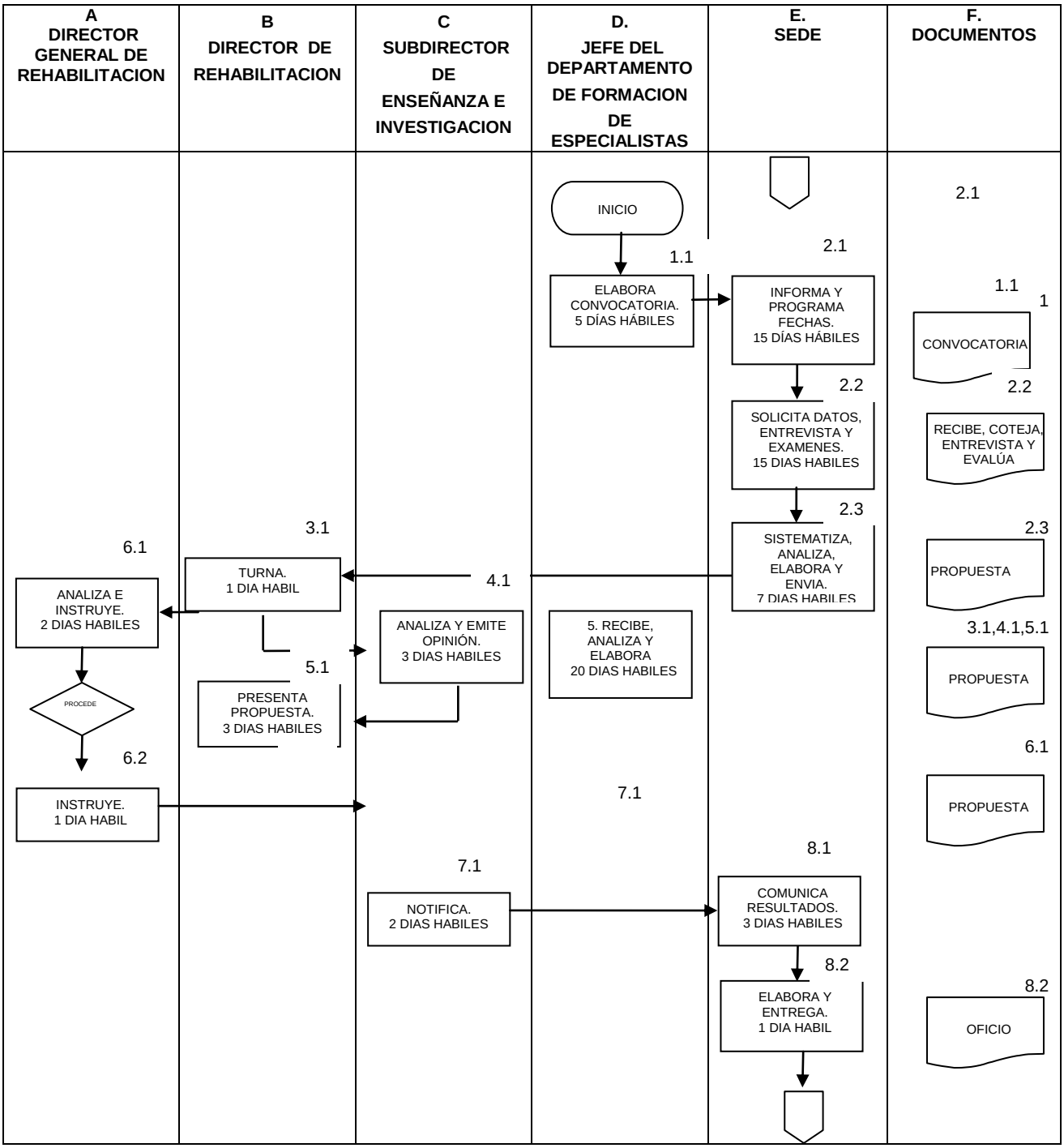
**3.5 Centro de Rehabilitación Sede del Curso**
Es responsable de:
Contar con el Procedimiento para la selección de aspirantes.
Aplicar y/o coordinar los exámenes de ingreso.
Solicitar a los aspirantes la documentación requerida.
Informar a la Dirección de Rehabilitación los resultados de la selección para su autorización
Informar a los aspirantes el resultado de las evaluaciones aplicadas.

## 4.0 Descripción del procedimiento

| PUESTO RESPONSABLE | ACT. No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS | 1.1 | Elabora la convocatoria del Curso de Especialización, solicita aprobación de la Dirección de Rehabilitación y envía a la Dirección de Comunicación Social para su publicación, en octubre y noviembre. 5 días hábiles. |
| SEDES | 2.1 | Proporcionan informes y/o programan fechas para la recepción de documentos, entrevista y evaluaciones ( coeficiente intelectual, valoración psicológica y evaluación de aptitudes y habilidades) a los aspirantes que hayan aprobado el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas que aplica la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, ingresa al sistema de administración de asignación de plazas para verificar su autenticidad y asignar estatus correspondiente ( en evaluación, asignado o no asignado). 15 días hábiles. |
| | 2.2 | Recibe y coteja documentos, recaba datos generales, realiza entrevista y evaluaciones. 15 días hábiles. |
| | 2.3 | Concentra los resultados, los analiza conjuntamente con la subdirección de enseñanza e investigación y se elige a los aspirantes, se requisita formato de selección de aspirantes, el cual se envía a la Dirección de Rehabilitación. 7 días hábiles. |
| DIRECTOR DE REHABILITACION | 3.1 | Turna la propuesta a la Subdirección de Enseñanza e Investigación para su opinión. 1 día hábil. |
| SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION | 4.1 | Analiza propuestas de las sedes y emite opinión para visto bueno de la Dirección de Rehabilitación. 3 días hábiles. |
| DIRECTOR DE REHABILITACION | 5.1 | Presenta a la Dirección General de Rehabilitación, propuesta de asignación de plazas de médicos residentes para su autorización. 3 días hábiles. |
| DIRECTOR GENERAL DE REHABILITACION | 6.1 | Verifica que la selección se realiza apegada a la normatividad vigente. 2 días hábiles. |

| UNIDAD QUE INTERVIENE | ACT. No. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|
| DIRECTOR GENERAL DE REHABILITACION | 6.2 | AUTORIZA<br>Instruye a la Dirección de Rehabilitación para notificar mediante oficio de aceptación de los médicos residentes al Subdirector de Enseñanza e Investigación a las Sedes. 1 día hábil. |
| SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN | 7.1 | Recibe oficio y Notifica a las Sedes. 2 días hábiles. |
| SEDES | 8.1 | Comunican resultados a los médicos aspirantes. 3 días hábiles. |
| | 8.2 | Elaboran y entregan a los médicos aspirantes el oficio de aceptación al Curso de Especialización. 1 día hábil. |
| | 8.3 | Solicitan fecha a la Jefatura de Reclutamiento y Selección, para los trámites de admisión. 1 día hábil. |
| | 8.4 | Notifican fechas a los médicos seleccionados. 1 día hábil. |
| | 8.5 | Informan a los médicos residentes la fecha del Curso Propedéutico. 1 día hábil. |
| | 8.6 | Notifica a la Jefatura de Apoyo Administrativo de la Dirección General de Rehabilitación, el ingreso y solicita la elaboración de los contratos. 1 día hábil |
| | | FIN |

## 5.0 Diagrama de Flujo



| A. DIRECTOR GENERAL DE REHABILITACION | B. DIRECTOR DE REHABILITACION | C. SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION | D. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACION DE ESPECIALISTAS | E. SEDE | F. DOCUMENTOS |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 8.3 SOLICITA FECHA 1 DIA HABIL<br>8.4 NOTIFICA FECHAS. 1 DIA HABIL<br>8.5 INFORMA. 1 DIA HABIL<br>8.6 NOTIFICA. 1 DIA HABIL<br>FIN | |

## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1** Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.<br>(D.O.F. 29 de diciembre de 1976. Última reforma 17 de junio de 2009). |
| **6.2** Ley General de Salud.<br>(D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.3** Ley de Asistencia Social.<br>(D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.4** Ley de Coordinación Fiscal.<br>(D.O.F. 27 de Diciembre de 1978. Última reforma 24 de Junio de 2009). |
| **6.5** Ley de Planeación.<br>(D.O.F. 5 de enero de 1983. Última reforma 20 de junio de 2011). |
| **6.6** Ley Federal de las Entidades Paraestatales.<br>(D.O.F. 14 de mayo de1986. Última reforma 28 de noviembre de 2008). |
| **6.7** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de Sector Público.<br>(D.O.F. 4 de enero de 2000. Última reforma 15 de junio de 2011). |
| **6.8** Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.<br>(D.O.F. 13 Marzo del 2002. Última reforma 28 de Mayo de 2009). |
| **6.9** Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.<br>(D.O.F. 11 de junio de 2002. Última reforma 5 de julio de 2010). |
| **6.10** Ley General de Bienes Nacionales.<br>(D.O.F. 20 de mayo de 2004. Última reforma 31 de agosto de 2007). |
| **6.11** Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.<br>(D.O.F. 30 de Marzo de 2006. Última reforma 31 de Diciembre de 2008). |
| **6.12** Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011.<br>(D.O.F. 15 de Octubre de 2010). |
| **6.13** PRESUPUESTO de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011.<br>(D.O.F. 7-12-2010). |
| **6.14** Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.<br>(D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.15** Condiciones Generales de Trabajo (2008-2010). |
| **6.16** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.17** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.18** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## 7. Glosario

**7.1. Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación:** conjunto de actividades teóricas y prácticas contenidas en los programas académico y operativo, que se realizan bajo la modalidad de residencia médica y que tiene como propósito la formación de profesionales en el campo especializado de la medicina de rehabilitación de conformidad con el tiempo estipulado en el plan de estudios establecido por la institución de educación superior que otorga el reconocimiento.

**7.2. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS).** Organismo integrado por las Instituciones que forman el Sistema Nacional de Salud y el Sector Educativo, cuyas funciones principales son el establecer y administrar un sistema de selección de aspirantes a residencias médicas equitativo, eficaz y transparente en todas sus etapas.

**7.3. Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM):** instrumento objetivo y concensuado que explora en los médicos aspirantes, los conocimientos médicos clínicos y en Salud Pública, así como la comprensión de textos médicos en idioma inglés, para seleccionar a los médicos más aptos; mediante un procedimiento que permite apreciar su desempeño, que será determinante para lograr el acceso al curso de especialización que haya solicitado.

**7.4. Médico Residente**: profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes y que ingresa a una Institución formadora, para cumplir con la residencia médica.

**7.5. Sede:** unidad médica receptora de residentes en la que estos pueden cursar parcial o totalmente la especialidad, por contar con la infraestructura y la productividad que propicien su incremento de conocimientos, desarrollo de destrezas y actitudes profesionales propias de la disciplina. En este caso las sedes son: Centro Nacional Modelo “Gaby Brimmer” y C.R.I. Guadalajara.

## 8.0 Anexos

**8.1** Entrevista

**8.2** Datos Generales

**8.3** Documentos

**8.4** Análisis de la Información

## 8.1.- Entrevista

**ENTREVISTA**

SECRETARIA DE SALUD

**Selección de Aspirantes al Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación**

**ENTREVISTA**

Médico Aspirante: _____ Ciclo Académico: _____

1.- ¿Cómo se enteró de que el DIF Nacional ofrece plazas para la Residencia en Medicina de Rehabilitación?

Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud ( )

Periódico ( ) Página Web ( ) Egresados del DIF ( )

Amigos, familiares o conocidos ( )

2.- ¿Cuál es el motivo por el que desea realizar la Especialidad en Medicina de Rehabilitación?

3.- ¿Qué experiencia tiene en la atención de personas con discapacidad?

4.- ¿Conoce cuál es el campo laboral del Médico Especialista en Rehabilitación?

5.- ¿Cuáles son sus expectativas al ingreso de la Especialidad?

6.- ¿Qué le hizo seleccionar al DIF como Institución para realizar su Residencia?

Fecha:_____ Sede:_____ Entrevistó:_____

## 8.2 Datos Generales

ANEXO 2

**DATOS GENERALES**

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

SECRETARÍA DE SALUD

SALUD

**Selección de Aspirantes al Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación**

**DATOS GENERALES**

Ciclo Académico: _____

Nombre:_____ _____ _____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Fecha de nacimiento: _____ _____ _____

Día Mes Año

Lugar de nacimiento: _____ _____

Municipio Entidad Federativa

Edad:_____ Sexo: ( ) ( ) Nacionalidad: ( ) ( )

Femenino Masculino Mexicana Extranjero

Estado Civil: ( ) ( ) Hijos(as):_____ Edades:_____

Soltero(a) Casado(a) Número Del menor al mayor

Domicilio:_____

Calle Número Ext. Núm. Int.

_____

Colonia Código Postal Municipio Entidad Federativa

_____ _____ _____

Teléfono Celular Correo electrónico

Domicilio donde se le localizará durante su Residencia Médica:

_____

Calle Número Ext. Núm. Int.

_____

Colonia Código Postal Municipio Entidad Federativa

_____

Teléfono

Persona a la que se puede acudir en caso de emergencia:

_____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) Teléfono(s)

## 8.9 Documentos

ANEXO 3

**DOCUMENTOS**

D

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

SALUD

**SECRETARÍA DE SALUD**

**Selección de Aspirantes al Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación**

**DOCUMENTOS**

Médico Aspirante: _____ Ciclo Académico: _____

( ) Original de Constancia de Selección para ingreso al Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación emitida por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud
( ) Solicitud de ingreso
( ) Constancia de acreditación de inglés técnico académico
( ) Título de Médico Cirujano y/o acta de examen profesional
( ) Cédula profesional
( ) Constancia de terminación de Servicio Social
( ) Constancia de terminación de Internado de Pre-grado
( ) Certificado de la Licenciatura de Médico Cirujano
( ) Registro Federal de Causantes
( ) Clave Única de Registro de Población (CURP)
( ) Cartilla del Servicio Militar Nacional liberada (hombres)
( ) Acta de nacimiento
( ) Acta de matrimonio
( ) Acta de nacimiento de hijos
( ) Certificado médico de salud, extendido por institución pública autorizada .
( ) 6 fotografías tamaño infantil, a color.
( ) Curriculum vitae con fotografía
( ) Comprobante de domicilio actual

Observaciones:

## 8.4 Análisis de la Información

**SELECCIÓN DE ASPIRANTES AL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE REHABILITACION GENERACIÓN**

| Nombre | No. de constancia de seleccionado | Universidad de Procedencia | Lugar ocupado en ENARM por especialidad | Promedio de la Licenciatura | Resultado del examen de Ingles | Evaluación de Aptitudes y Desarrollo de Habilidades | C.I. RAVEN | MMPI | Entrevista | Resultado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dr. Israel Becerra Baños | 2343 | U. Autónoma del Estado de Hidalgo | 52 | 85 | 2.80 | Apto | Medio Alto | Normal | Apto | Aceptado |
| Dra. Marissa Cecilia del Paso Puente | 2343 | Universidad la Salle | 56 | 84 | 7.40 | Apta | Medio Alto | Normal | Apta | Aceptada |
| Dra. María del Carmen García Salazar | 2324 | Universidad Veracruzana | 11 | 96 | 6.20 | Apta | Medio Alto | Normal | Apta | Aceptada |

Responsables

Directora CNM Gaby Brimmer

Subdirectora de enseñanza e Investigación DGR

Jefe del departamento de Enseñanza e Investigación
Del CNM Gaby Brimmer

Jefa del departamento de Formación de
Especialistas DGR

# 18.- PROCEDIMIENTO PARA INSTALAR EL COMITÉ LOCAL DE EDUCACIÓN CONTINUA

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN<br>JEFE DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## Propósito

Describir las actividades requeridas para la conformación, instalación y registro del Comité Local de Educación Continua en los Centros de dependencia directa, centralizados y descentralizados de la Dirección General de Rehabilitación, para la elaboración del Programa Operativo de Educación Continua basada en la Detección de Necesidades del Centro, en apego a la normatividad vigente.

## 2.0 Alcance

Aplica a la Dirección General de Rehabilitación, Dirección de Rehabilitación, Subdirección de Enseñanza e Investigación y Centros de Rehabilitación de dependencia directa, centralizados y descentralizados del SNDIF.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

### 3.1 Subdirección de Enseñanza e Investigación:

Solicita al Coordinador General del Centro de Rehabilitación el acta constitutiva del Comité Local de Educación Continua, la cual se registra en el formato Integrantes del Comité Local de Educación Continua.

### 3.2 Coordinador General del Centro de Rehabilitación:

Elabora y envía el Acta Constitutiva del Comité Local de Educación Continua del Centro de Rehabilitación.

### 3.3 Dirección General de Rehabilitación

Respecto a los documentos publicados en la Normateca Interna de la Institución, es responsabilidad de la Dirección General de Rehabilitación, la actualización permanente de los mismos mediante la publicación de los documentos revisados y actualizados por las áreas de competencia en apego a las disposiciones vigentes.

Al tenor de la política anterior, aquellos documentos que se emitan por primera vez y los que resulten de alguna modificación, se deberán sujetar a las disposiciones vigentes para su elaboración y al procedimiento establecido para su dictamen por el Comité de Mejora Regulatoria Interno.

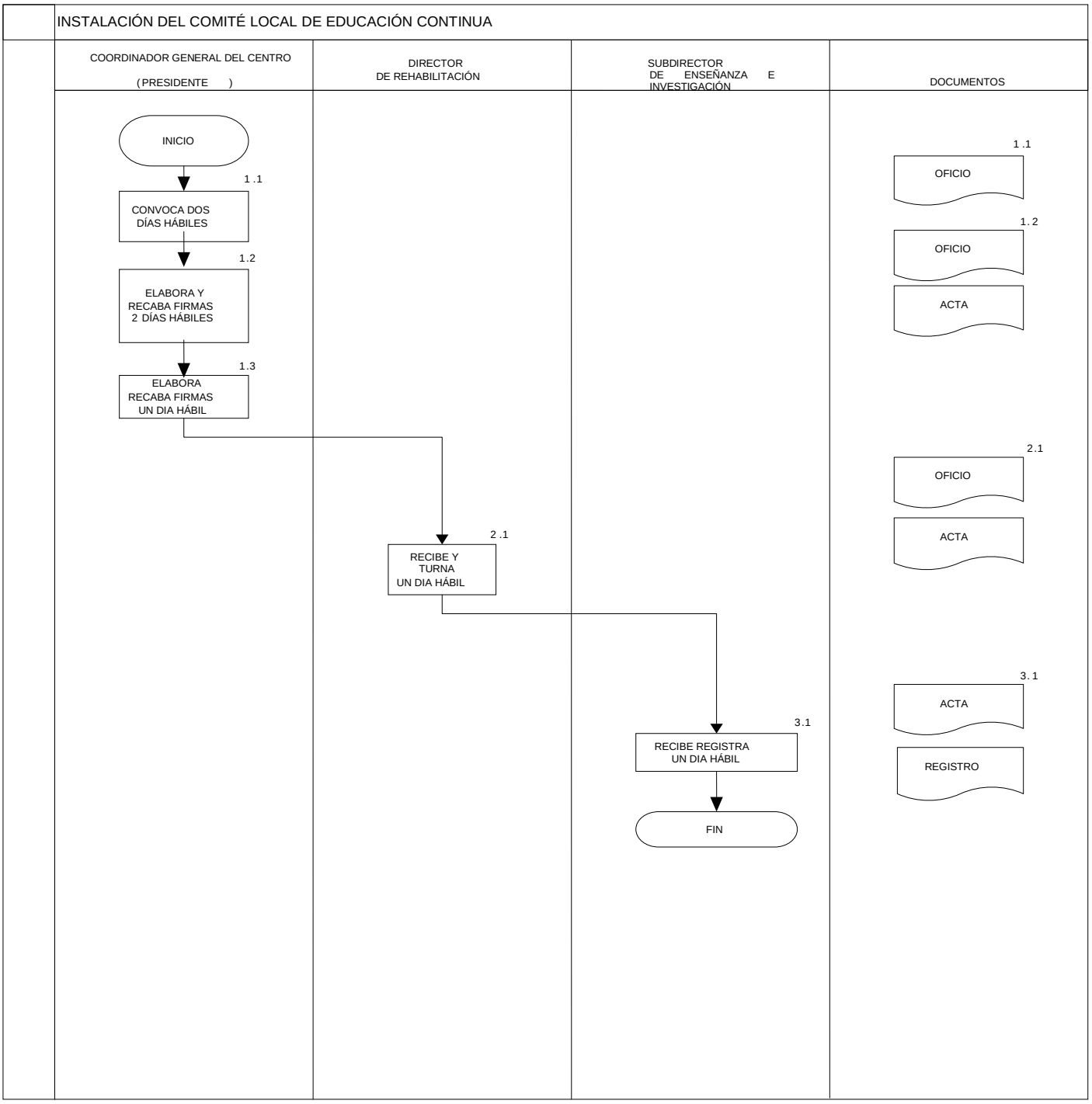
Se debe mantener actualizados los presentes procedimientos, a través de revisiones periódicas y cuando algún área de la Dirección General de Rehabilitación o Unidad Administrativa del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia proponga modificaciones a los presentes procedimientos, motivados por alguna mejora en el desarrollo del procedimiento o cambios en la Estructura Orgánica de la Entidad.

Para que las modificaciones a los presentes procedimientos surtan efecto, éstas deberán ser validadas por las áreas competentes y dictaminadas de manera favorable por el Comité de Mejora Regulatoria Interno y, en su caso, autorizadas por la Dirección General del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. En tal situación, se considerará viable la incorporación de los documentos de que se trate a la Normateca Interna de la Institución.

## 4.0 Descripción del procedimiento

| RESPONSABLE | ACT. No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| COORDINADOR GENERAL DEL CENTRO (PRESIDENTE) | 1.1 | Convoca a reunión general para dar a conocer la Normatividad en Educación Continua e invita al personal a formar parte del Comité Local.<br>2 días hábiles. |
| | 1.2 | Elabora Acta Constitutiva del Comité Local de Educación Continua y recaba Firmas de los integrantes.<br>2 días hábiles. |
| | 1.3 | Elabora Oficio enviando al Director de Rehabilitación el Acta Constitutiva del Comité Local de Educación Continua.<br>Un día hábil. |
| DIRECTOR DE REHABILITACION. | 2.1 | Recibe y turna a la Subdirección de Enseñanza e Investigación.<br>Un día hábil. |
| SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN. | 3.1 | **Recibe y registra el Comité Local.**<br>Un día hábil.<br><br>**FIN** |

## 5.0 Diagrama de Flujo



## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1** Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.<br>(D.O.F. 29 de diciembre de 1976. Última reforma 17 de junio de 2009). |
| **6.2** Ley General de Salud.<br>(D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.3** Ley de Asistencia Social.<br>(D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.4** Ley de Coordinación Fiscal.<br>(D.O.F. 27 de Diciembre de 1978. Última reforma 24 de Junio de 2009). |
| **6.5** Ley de Planeación.<br>(D.O.F. 5 de enero de 1983. Última reforma 20 de junio de 2011). |
| **6.6** Ley Federal de las Entidades Paraestatales.<br>(D.O.F. 14 de mayo de1986. Última reforma 28 de noviembre de 2008). |
| **6.7** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de Sector Público.<br>(D.O.F. 4 de enero de 2000. Última reforma 15 de junio de 2011). |
| **6.8** Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.<br>(D.O.F. 13 Marzo del 2002. Última reforma 28 de Mayo de 2009). |
| **6.9** Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.<br>(D.O.F. 11 de junio de 2002. Última reforma 5 de julio de 2010). |
| **6.10** Ley General de Bienes Nacionales.<br>(D.O.F. 20 de mayo de 2004. Última reforma 31 de agosto de 2007). |
| **6.11** Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.<br>(D.O.F. 30 de Marzo de 2006. Última reforma 31 de Diciembre de 2008). |
| **6.12** Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011.<br>(D.O.F. 15 de Octubre de 2010). |
| **6.13** PRESUPUESTO de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011.<br>(D.O.F. 7-12-2010). |
| **6.14** Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.<br>(D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.15** Condiciones Generales de Trabajo (2008-2010). |
| **6.16** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.17** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.18** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## 7. Glosario

**7.1 Comité:** Instancia cuya responsabilidad es garantizar la Educación Continua al personal del Centro; acordando criterios y estrategias conforme a los recursos y necesidades del Centro. Estará representado por un Presidente, un Secretario Ejecutivo y cuatro Vocales.

**7.2 Educación Continua:** Proceso que ocurre posterior a la conclusión de estudios técnicos, de Licenciatura, Maestría ó Doctorado, integrado por un conjunto de actividades educativas que contribuyen a desarrollar, mantener, ampliar y actualizar los conocimientos, valores, actitudes y destrezas requeridas por el trabajador para sus responsabilidades acorde a la Misión y Visión Institucional.

**7.3 Acta Constitutiva**: Documento donde quedan registrados los nombramientos de los integrantes del Comité.

**7.4 Presidente del Comité**: Asignación obligatoria al Director y/o Coordinador General del Centro.

**7.4.1** Representar al Comité Local

**7.4.2** Autorizar el orden del día de las sesiones

**7.4.3** Dirigir los acuerdos de cada sesión.

**7.4.4** Verificar el cumplimiento de acuerdos y resoluciones así como seguimiento y evaluación de los mismos.

**7.4.5** Autorizar el Programa Operativo de Educación Continua y enviarlo a la Dirección de Rehabilitación.

**7.4.6** Promover la obtención de recursos para el cumplimiento de las funciones del Comité

**7.4.7** Firmar la documentación oficial expedida por el Comité

**7.4.8** Proponer los asuntos a tratar en las sesiones

**7.4.9** Las demás inherentes que coadyuven al cumplimiento de los propósitos del Comité

**7.5 Secretario Ejecutivo**: Asignación obligatoria al Jefe del Departamento de Enseñanza.

**7.5.1** Suplir en funciones al Presidente.

**7.5.2** Acordar con el Presidente el calendario de sesiones.

**7.5.3** Presidir las sesiones en ausencia del Presidente.

**7.5.4** Elaborar la orden del día para validación del Presidente.

**7.5.5** Elaborar el Acta de cada sesión.

**7.5.6** Elaborar con los Vocales el programa operativo de Educación Continua.

**7.5.7** Elaborar las convocatorias a las sesiones del Comité.

**7.5.8** Elaborar con los vocales las constancias de participación para validación del Presidente

**7.5.9** Informar al Comité de los documentos en cartera, de las peticiones y comentarios que se reciban en el seno del Comité previa información al Presidente.

**7.5.10** Tramitar la documentación acuerdos, correspondencia y resoluciones del Comité.

**7.5.11** Archivar la documentación relativa al Comité.

**7.5.12** Las demás inherentes que coadyuven al cumplimiento de los propósitos del Comité.

**7.6 Vocales**: Asignación voluntaria a Médicos, paramédico y representante sindical.

**7.6.1** Asistir a las sesiones del Comité.

**7.6.2** Participar con voz y voto en el análisis y discusión de los asuntos de las sesiones

**7.6.3** Colaborar con el Secretario Ejecutivo en la elaboración en el Programa Operativo de Educación Continua.

**7.6.4** Representar a su Área laboral ante el Comité.

**7.6.4** Proponer iniciativas para la capacitación y actualización de los trabajadores del Centro.

**7.6.5** Proponer asuntos a tratar en las sesiones.

**7.6.6** Elaborar con el Secretario Ejecutivo el Informe Anual.

**7.6.7** Las demás que le confiera el Comité.

**7.7 Operación del Comité**

**7.7.1** En el mes de enero de cada año se conformará el Comité local.

**7.7.2** Los integrantes del Comité realizarán reuniones una vez por semana.

**7.7.3 Subdirector de Enseñanza e Investigación:**

Solicita al Coordinador General del Centro de Rehabilitación la acta constitutiva del Comité Local de Educación Continua.

**7.7.4 Subdirección de Área (Coordinador del Centro de Rehabilitación):**

Elabora y envía el Acta Constitutiva del Comité Local de Educación Continua del Centro de Rehabilitación.

**7.7.5 Direccción General de Rehabilitación**

Respecto a los documentos publicados en la Normateca Interna de la Institución, es responsabilidad de la Dirección General de Rehabilitación, la actualización permanente de los mismos mediante la publicación de los documentos revisados y actualizados por las áreas de competencia en apego a las disposiciones vigentes.

Al tenor de la política anterior, aquellos documentos que se emitan por primera vez y los que resulten de alguna modificación, se deberán sujetar a las disposiciones vigentes para su elaboración y al procedimiento establecido para su dictamen por el Comité de Mejora Regulatoria Interno.

Se debe mantener actualizados los presentes procedimientos, a través de revisiones periódicas y cuando algún área de la Dirección General de Rehabilitación o Unidad Administrativa del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia proponga modificaciones a los presentes procedimientos, motivados por alguna mejora en el desarrollo del procedimiento o cambios en la Estructura Orgánica de la Entidad

**7.7.6** El Secretario Ejecutivo y los vocales elaborarán el avance de metas mensualmente. .

Para que las modificaciones a los presentes procedimientos surtan efecto, éstas deberán ser validadas por las áreas competentes y dictaminadas de manera favorable por el Comité de Mejora Regulatoria Interno y, en su caso, autorizadas por la Dirección General del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. En tal situación, se considerará viable la incorporación de los documentos de que se trate a la Normateca Interna de la Institución.

## 8.0 Anexos

## RELACION DE FORMATOS A UTILIZARSE EN EL PROCEDIMIENTO.

**8.1** Formato Acta Constitutiva del Comité de Educación Continua

## 8.1 Acta Constitutiva del Comité de Educación Continua PRA- DGRAS-11-F1

**ACTA CONSTITUTIVA**
**del**
**COMITÉ LOCAL DE EDUCACIÓN CONTINUA**

En la ciudad de _____(1)_____, siendo las _(2)__ horas del día _____(3)_____ del mes de enero del año 200(4), se reúnen en la _____(5)_____ del Centro de Rehabilitación _____(6)_____, ubicado en _____(7)_____, el _____(8)_____ Director o Coordinador General; el _____(9)_____ Jefe del Departamento de Enseñanza; el C. _____(10)_____, (médico o paramédico); el C. _____(11)_____, (médico o paramédico); el C. _____(12)_____ (médico o paramédico), el C. _____(13)_____ (delegado sindical)

**A fin de constituir el Comité Local de Educación Continua del Centro de Rehabilitación _____(14)_____ durante el ciclo 200(15) - 200 (16), quien aplicará la normatividad emitida por la Dirección General de Rehabilitación en materia de Educación Continua para la Capacitación y Actualización del personal del Centro; de acuerdo a los siguientes nombramientos:**

**PRESIDENTE**

_____(17)_____
Dr. _____
Coordinador General del Centro de Rehabilitación

**SECRETARIO EJECUTIVO**

_____(18)_____
Dr. _____
Jefe del Departamento de Enseñanza

_____(19)_____
**VOCAL**

_____(20)_____
**VOCAL**

_____(21)_____
C. _____(23)_____
(médico) del Centro de Rehabilitación

_____(22)_____
C. _____(24)_____
(médico) del Centro de Rehabilitación

**VOCAL**

**VOCAL**

_____(25)_____
C. _____(27)_____
(paramédico) del Centro de Rehabilitación

_____(26)_____
C. _____(28)_____
(representante sindical) del Centro de Rehabilitación

## INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Ciudad donde se ubica. |
| 2 | Hora en que se firma el Acta Constitutiva. |
| 3 | Día en que se firma el Acta Constitutiva. |
| 5 | Último digito del año en que se firma el Acta Constitutiva. |
| 6 | Oficina, área, etc, del Centro donde se firma el Acta Constitutiva. |
| 7 | Domicilio del Centro |
| 8 | Nombre del Coordinador General del Centro. |
| 9 | Nombre del Jefe del Departamento de Enseñanza |
| 10 | Nombre del Médico o Paramédico del Centro que fungirá como Vocal. |
| 11 | Nombre del Médico o Paramédico del Centro que fungirá como Vocal. |
| 12 | Nombre del Médico o Paramédico del Centro que fungirá como Vocal. |
| 13 | Nombre del representante sindical. |
| 14 | Nombre del Centro. |
| 15 | Último digito del año en que se firma el Acta Constitutiva. |
| 16 | Último digito del año en que terminará la vigencia del Acta Constitutiva. |
| 17 | Nombre del Director o Coordinador General del Centro. |
| 18 | Nombre del Coordinador Técnico de Enseñanza. |
| 19 y 20 | Nombre del Centro. |
| 21 | Nombre del Médico adscrito al Centro que fungirá como Vocal. |

## INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 22 | Nombre del Médico adscrito al Centro que fungirá como Vocal. |
| 23 y 24 | Nombre del Centro. |
| 25 | Nombre del Paramédico del Centro que fungirá como Vocal. |
| 26 | Nombre del representante sindical del Centro. |
| 27 y 28 | Nombre del Centro. |

# 19.- PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR EL DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES DEL PROGRAMA OPERATIVO DE EDUCACION CONTÍNUA

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Detectar las necesidades de actualización del personal que sirva como fuente para el Programa Operativo de Educación Continua de los Centros de Rehabilitación de dependencia directa, centralizados y descentralizados de la Dirección General de Rehabilitación, en acuerdo a la normatividad aplicable.

## 2.0 Alcance

Aplica a la Dirección General de Rehabilitación, Dirección de Rehabilitación, Subdirección de Enseñanza e Investigación y Centros de Rehabilitación de dependencia directa, centralizados y descentralizados del SNDIF.

## Políticas de operación, normas y lineamientos

### 3.1 Coordinador General del Centro:

Responsable de que se elabore del Diagnóstico de Necesidades de Educación Continua del Centro de Rehabilitación así como su autorización.

### 3.2 Jefe del Departamento de Enseñanza:

Elabora en el seno del Comité Local del Centro de Rehabilitación, el Diagnóstico de Necesidades de Educación Continua en el que se basará el Programa Operativo.

### 3.3 Dirección General de Rehabilitación

Respecto a los documentos publicados en la Normateca Interna de la Institución, es responsabilidad de la Dirección General de Rehabilitación, la actualización permanente de los mismos mediante la publicación de los documentos revisados y actualizados por las áreas de competencia en apego a las disposiciones vigentes.

Al tenor de la política anterior, aquellos documentos que se emitan por primera vez y los que resulten de alguna modificación, se deberán sujetar a las disposiciones vigentes para su elaboración y al procedimiento establecido para su dictamen por el Comité de Mejora Regulatoria Interno.

Se debe mantener actualizado los presentes procedimientos, a través de revisiones periódicas y cuando algún área de la Dirección General de Rehabilitación o Unidad Administrativa del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia proponga modificaciones a los procedimientos, motivados por alguna mejora en el desarrollo del procedimiento o cambios en la Estructura Orgánica de la Entidad.

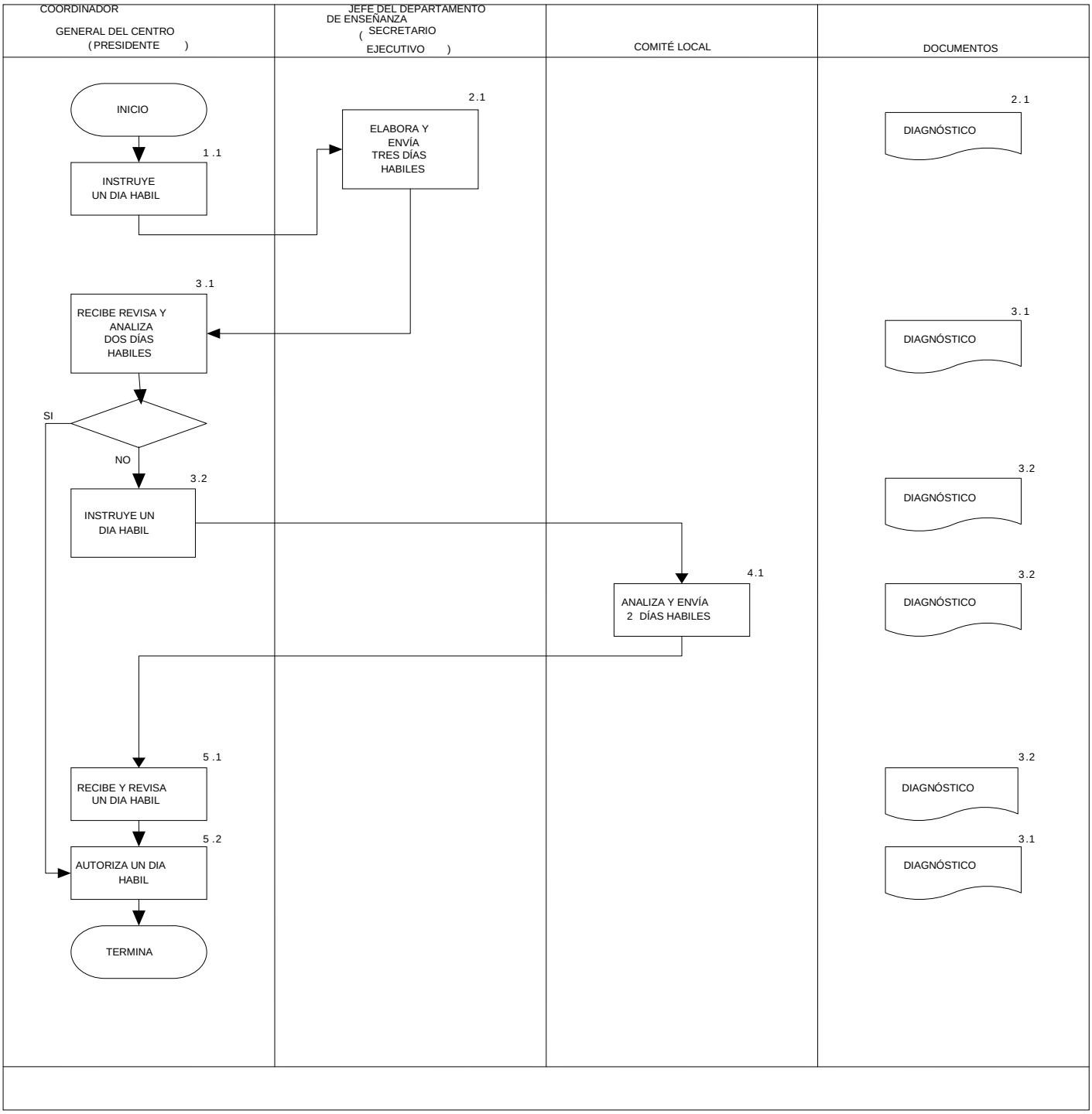
Para que las modificaciones a los presentes procedimientos surtan efecto, éstas deberán ser validadas por las áreas competentes y dictaminadas de manera favorable por el Comité de Mejora Regulatoria Interno y, en su caso, autorizadas por la Dirección General del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. En tal situación, se considerará viable la incorporación de los documentos de que se trate a la Normateca Interna de la Institución.

## 4.0 Descripción del procedimiento

| RESPONSABLE | ACT. No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| COORDINADOR GENERAL DEL CENTRO<br><br>(PRESIDENTE) | 1.1 | Instruye al Jefe del Departamento de Enseñanza (Secretario Ejecutivo) para que se elabore el Diagnóstico de Necesidades de Educación Continua.<br>Un día hábil |
| JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA<br><br>(SECRETARIO EJECUTIVO). | 2.1 | En coordinación con los Vocales elabora el Diagnóstico de Necesidades de Educación Continua distribuyendo al personal el formato emitido por la Dirección de Rehabilitación y lo envía al Coordinador General del Centro.<br>3 días hábiles |
| COORDINADOR GENERAL DEL CENTRO<br><br>(PRESIDENTE). | 3.1 | Recibe, revisa y analiza la congruencia entre los contenidos del Diagnóstico de Necesidades de Educación Continua, la estadística de atención del Centro, las necesidades de atención a la población, así como las Políticas Nacionales y Estatales de Salud y Asistencia Social.<br>NO PROCEDE<br>2 días hábiles |
| | 3.2 | Instruye al Jefe del Departamento de Enseñanza (Secretario Ejecutivo) para convocar al Comité Local a fin de analizar el Diagnóstico de Necesidades de Educación Continua.<br>Un día hábil |
| COMITÉ LOCAL DE EDUCACIÓN CONTINUA. | 4.1 | Analiza el Diagnóstico, modifica y envía al Coordinador General del Centro.<br>2 días hábiles |

| RESPONSABLE | ACT. No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| COORDINADOR GENERAL DEL CENTRO<br><br>(PRESIDENTE). | 5.1 | Recibe y revisa.<br><br>PROCEDE<br>Un día hábil |
| | 5.2 | Autoriza el Diagnóstico de Necesidades para que se elabore el Programa Operativo de Educación Continua.<br>Un día hábil |
| | | FIN |

## 5.0 Diagrama de Flujo



## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1** Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.<br>(D.O.F. 29 de diciembre de 1976. Última reforma 17 de junio de 2009). |
| **6.2** Ley General de Salud.<br>(D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.3** Ley de Asistencia Social.<br>(D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.4** Ley de Coordinación Fiscal.<br>(D.O.F. 27 de Diciembre de 1978. Última reforma 24 de Junio de 2009). |
| **6.5** Ley de Planeación.<br>(D.O.F. 5 de enero de 1983. Última reforma 20 de junio de 2011). |
| **6.6** Ley Federal de las Entidades Paraestatales.<br>(D.O.F. 14 de mayo de1986. Última reforma 28 de noviembre de 2008). |
| **6.7** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de Sector Público.<br>(D.O.F. 4 de enero de 2000. Última reforma 15 de junio de 2011). |
| **6.8** Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.<br>(D.O.F. 13 Marzo del 2002. Última reforma 28 de Mayo de 2009). |
| **6.9** Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.<br>(D.O.F. 11 de junio de 2002. Última reforma 5 de julio de 2010). |
| **6.10** Ley General de Bienes Nacionales.<br>(D.O.F. 20 de mayo de 2004. Última reforma 31 de agosto de 2007). |
| **6.11** Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.<br>(D.O.F. 30 de Marzo de 2006. Última reforma 31 de Diciembre de 2008). |
| **6.12** Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011.<br>(D.O.F. 15 de Octubre de 2010). |
| **6.13** PRESUPUESTO de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011.<br>(D.O.F. 7-12-2010). |
| **6.14** Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.<br>(D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.15** Condiciones Generales de Trabajo (2008-2010). |
| **6.16** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.17** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.18** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## 7.0 Glosario

**7.1. Diagnóstico de Necesidades de Educación Continua:** Se entiende por necesidades de capacitación la diferencia entre los estándares de ejecución de un puesto y el desempeño real del trabajador, siempre y cuando tal discrepancia obedezca a la falta de conocimientos, habilidades presentes procedimientos y actitudes relacionadas con el puesto actual o futuro.

Este instrumento, es un planteamiento de preguntas y respuestas breves, sencillas y claras, fáciles de vaciar lo que permitirá hacer un análisis comparativo entre lo que se tiene y lo que debería tener el trabajador con respecto a su puesto.

En el ámbito de la salud, la planeación educativa debe observar obligadamente, a una serie de criterios generales, que tienen que ver con las directrices ideológicas plasmadas en las políticas de salud, las cuales permiten tener en claro hacia donde deben dirigirse los esfuerzos y las problemáticas que requieren de mayor impulso y consolidación.

Con la Detección de Necesidades de Educación Continua se estará en posibilidades de:

- Identificar la naturaleza específica de las necesidades de Educación Continua.
- Analizar la extensión y prioridad de estas necesidades.
- Determinar el universo y las estrategias de Educación Continua y a quien lo dirigirá.
- Determinar las circunstancias y causas del surgimiento de estas necesidades.
- Canalizar a los asistentes a la actividad con el grupo idóneo o adecuado.
- Clasificar al personal de acuerdo a su formación, intereses, aptitudes, etc., con el propósito de contribuir a su desarrollo personal y profesional.
- Asegurar que el Programa Operativo de Educación Continua corresponda a las necesidades de cada área, redituando en mejorar la calidad de los servicios.

Es necesario conformar un equipo de trabajo que involucre a todas las áreas de los Centros y de manera conjunta realizar un análisis y discusión de los resultados del diagnóstico con el objeto de tomar decisiones objetivas en cuanto a qué, cómo, dónde, cuándo y con qué dar respuesta a los problemas y con esto mejorar por un lado la calidad de la atención y por otro lado mantener al equipo de Rehabilitación a la vanguardia de los avances científicos y tecnológicos.

## 8.0 Anexos

## RELACION DE FORMATOS A UTILIZARSE EN EL PROCEDIMIENTO.

**8.1**. Formato Diagnóstico de Necesidades de Educación Continua.

## 8.1. Diagnóstico de Necesidades de Educación Continua.

DIF

Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación
Subdirección de Enseñanza e Investigación

### Diagnóstico de Necesidades de Educación Continua

CENTRO_____(1)_____ AÑO___(2)_____

| (3) TEMAS A DESARROLLAR | (4) JUSTIFICACIÓN | (5) BENEFICIO ESPERADO | | |
|---|---|---|---|---|
| | | INSTITUCION | TRABAJADOR | USUARIO |
| | | | | |

VO.BO. _____(6)_____ ELABORÓ
_____(7)_____

# INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Nombre del Centro. |
| 2 | Año en que se elabora el Diagnóstico. |
| 3 | Lista de temas a desarrollar. |
| 4 | Descripción breve de las razones o motivos por las que es importante incluir cada tema. |
| 5 | Describir en la columna que corresponda, el beneficio esperado para la Institución, el trabajador o el usuario. |
| 6 | Visto bueno del Coordinador General del Centro. |
| 7 | Nombre y firma de la(s) persona(s) que lo elaboró (aron). |

DIF

Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación
Subdirección de Enseñanza e Investigación

**Diagnóstico de Necesidades de**

CENTRO:_____
AÑO:_____

| TEMAS A DESARROLLAR | JUSTIFICACION | BENEFICIO ESPERADO | | |
|---|---|---|---|---|
| | | INSTITUCION | TRABAJADOR | USUARIO |
| | | | | |

VO. BO._____

ELABORÓ_____

_____

# 20.- PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR EL PROGRAMA OPERATIVO DE EDUCACIÓN CONTINUA

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA,<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Establecer lineamientos de control institucional para la integración, elaboración y presentación del Programa Operativo de Educación Continua sobre las actividades a realizar por el área de Educación Continua en apego a la normatividad aplicable.

## 2.0 Alcance

Aplica a la Dirección General de Rehabilitación, Dirección de Rehabilitación, Subdirección de Enseñanza e Investigación y Centros de Rehabilitación de dependencia directa, centralizados y descentralizados del SNDIF.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

**3.1 Dirección de Rehabilitación:**

Garantizar que los Centros de Rehabilitación a través de la Subdirección de Enseñanza e Investigación cuenten con los presentes Procedimientos.

Autorizar el Programa Operativo de Educación Continua de los Centros de Rehabilitación.

**3.2 Subdirección de Enseñanza e Investigación:**

Solicitar el Programa Operativo de Educación Continua a los Centros de Rehabilitación.

Analizar el Programa Operativo de Educación Continua de los Centros de Rehabilitación para su aprobación u observaciones. Dar seguimiento al Programa Operativo de Educación Continua de los Centros de Rehabilitación.

**3.3 Coordinador General del Centro:**

Elaborar en el seno del Comité Local, el Programa Operativo de Educación Continua del Centro de Rehabilitación basándose en el Diagnóstico de Necesidades.

Implementar el Programa Operativo de Educación Continua en el Centro de Rehabilitación.

Informar el avance del Programa Operativo de Educación Continua del Centro de Rehabilitación.

**3.4 Dirección General de Rehabilitación**

Respecto a los documentos publicados en la Normateca Interna de la Institución, es responsabilidad de la Dirección General de Rehabilitación, la actualización permanente de los mismos mediante la publicación de los documentos revisados y actualizados por las áreas de competencia en apego a las disposiciones vigentes.

Al tenor de la política anterior, aquellos documentos que se emitan por primera vez y los que resulten de alguna modificación, se deberán sujetar a las disposiciones vigentes para su elaboración y al procedimiento establecido para su dictamen por el Comité de Mejora Regulatoria Interno.

Se debe mantener actualizados los presentes procedimientos, a través de revisiones periódicas y cuando algún área de la Dirección General de Rehabilitación o Unidad

Administrativa del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia proponga modificaciones a los presentes procedimientos, motivados por alguna mejora en el desarrollo del procedimiento o cambios en la Estructura Orgánica de la Entidad.

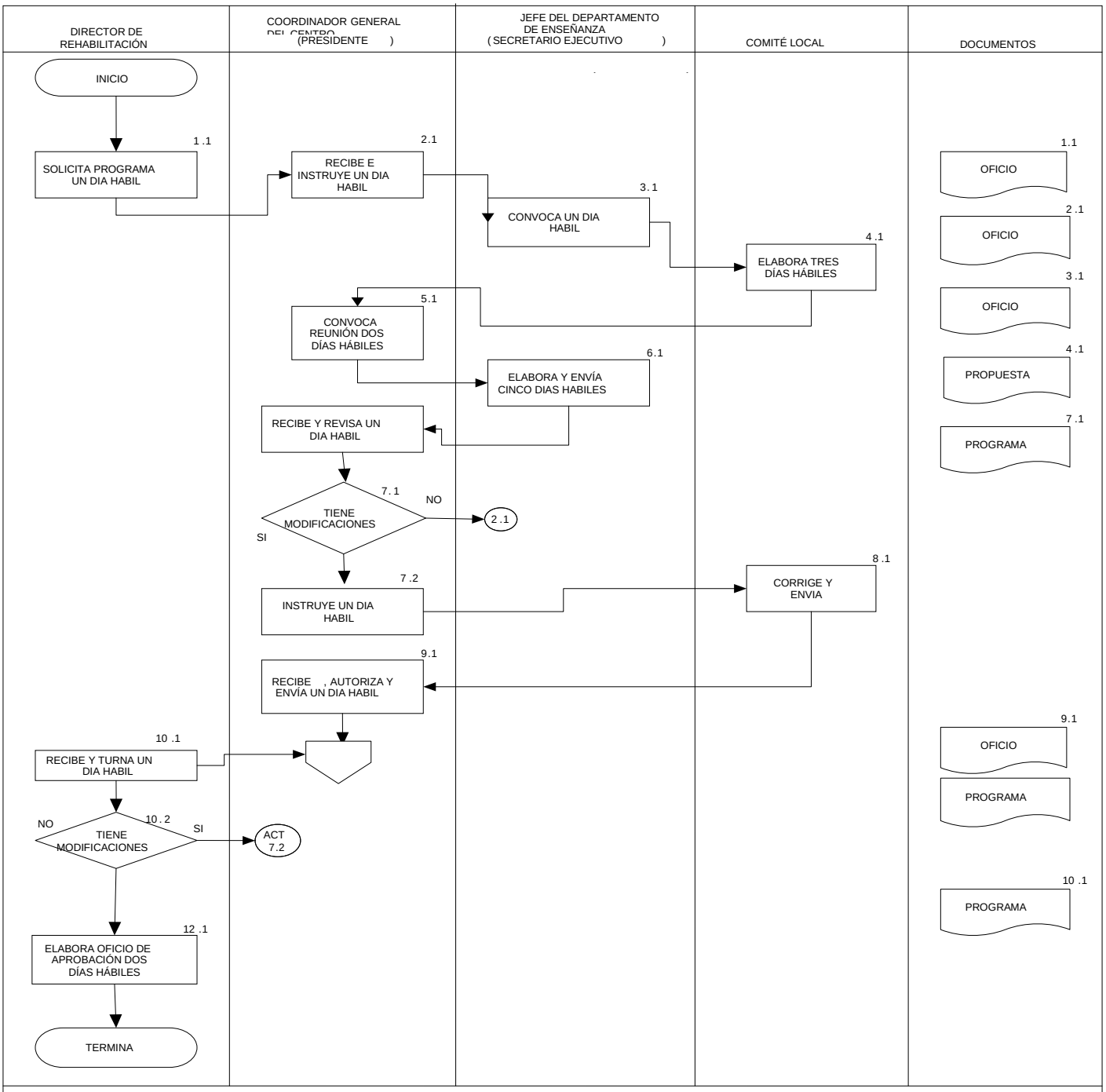
Para que las modificaciones a los presentes procedimientos surtan efecto, éstas deberán ser validadas por las áreas competentes y dictaminadas de manera favorable por el Comité de Mejora Regulatoria Interno y, en su caso, autorizadas por la Dirección General del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. En tal situación, se considerará viable la incorporación de los documentos de que se trate a la Normateca Interna de la Institución.

## 4.0 Descripción del procedimiento

| RESPONSABLE | ACT. No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| DIRECTOR DE REHABILITACION. | 1.1 | En la primera semana del mes de Diciembre, envía oficio al Coordinador General del Centro, solicitando el Programa Operativo de Educación Continua.<br>Un día hábil. |
| COORDINADOR GENERAL DEL CENTRO.<br><br>(PRESIDENTE) | 2.1 | Recibe oficio e instruye al Jefe del Departamento de Enseñanza, con la finalidad de realizar las acciones necesarias para dar continuidad al proceso. (Secretario Ejecutivo).<br>Un día hábil. |
| JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA<br>(SECRETARIO EJECUTIVO) | 3.1 | Convoca a reunión al Comité Local.<br>Un día hábil |
| COMITÉ LOCAL. | 4.1 | Elabora propuesta del Programa Operativo de Educación Continua basándose en la Guía para la Elaboración del Programa Operativo de Educación Continua para consideración del Coordinador General del Centro (Presidente) y acuerdan el orden del día y fecha para su presentación al personal del Centro.<br>3 días hábiles. |
| COORDINADOR GENERAL DEL CENTRO<br>(PRESIDENTE). | 5.1 | Convoca a Reunión General al personal del Centro e invita y/o designa al personal que participará como docente en las sesiones.<br>2 días hábiles. |
| JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA (SECRETARIO EJECUTIVO) | 6.1 | Envía la propuesta del Programa Operativo de Educación Continua, para autorización del Coordinador General del Centro (Presidente).<br>5 días hábiles. |
| COORDINADOR GENERAL DEL CENTRO<br>(PRESIDENTE). | 7.1 | Recibe y revisa<br>**Un día hábil.** |
| | 7.2 | Instruye al Jefe del departamento de Enseñanza (Secretario Ejecutivo) para que con los Vocales elabore las modificaciones necesarias.<br>Un día hábil. |

| RESPONSABLE | ACT. No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| COMITÉ LOCAL. | 8.1 | Corrige y envía al Coordinador General del Centro (Presidente).<br>3 días hábiles. |
| COORDINADOR GENERAL DEL CENTRO (PRESIDENTE). | 9.1 | Recibe y revisa.<br>Un día hábil. |
| | 9.2 | PROCEDE<br>Elabora oficio y envía el Programa Operativo de Educación Continua al Director de Rehabilitación.<br>Un día hábil. |
| DIRECTOR DE REHABILITACION | 10.1 | **Recibe y revisa**<br>**Un día hábil.** |
| | 10.2 | PROCEDE.<br>**Turna a la Subdirección de Enseñanza e Investigación.**<br>Un día hábil. |
| | 10.3 | NO PROCEDE<br>Envía las observaciones al Coordinador General del Centro (Presidente) para su corrección.<br>2 días hábiles. |
| COORDINADOR GENERAL DEL CENTRO (PRESIDENTE). | 11.1 | Recibe observaciones, e instruye al Jefe del Departamento de Enseñanza (Secretario Ejecutivo) para la corrección (en su caso) del Programa Operativo de Educación Continua y envía.<br>2 días hábiles. |
| DIRECTOR DE REHABILITACION | 12.1 | Recibe, elabora oficio de aprobación al Coordinador General del Centro (Presidente).<br>2 días hábiles.<br>FIN |

# 5.0 Diagrama de Flujo




ESTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA Y SE PROHÍBE CUALQUIER PRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1** Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.<br>(D.O.F. 29 de diciembre de 1976. Última reforma 17 de junio de 2009). |
| **6.2** Ley General de Salud.<br>(D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.3** Ley de Asistencia Social.<br>(D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.4** Ley de Coordinación Fiscal.<br>(D.O.F. 27 de Diciembre de 1978. Última reforma 24 de Junio de 2009). |
| **6.5** Ley de Planeación.<br>(D.O.F. 5 de enero de 1983. Última reforma 20 de junio de 2011). |
| **6.6** Ley Federal de las Entidades Paraestatales.<br>(D.O.F. 14 de mayo de1986. Última reforma 28 de noviembre de 2008). |
| **6.7** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de Sector Público.<br>(D.O.F. 4 de enero de 2000. Última reforma 15 de junio de 2011). |
| **6.8** Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.<br>(D.O.F. 13 Marzo del 2002. Última reforma 28 de Mayo de 2009). |
| **6.9** Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.<br>(D.O.F. 11 de junio de 2002. Última reforma 5 de julio de 2010). |
| **6.10** Ley General de Bienes Nacionales.<br>(D.O.F. 20 de mayo de 2004. Última reforma 31 de agosto de 2007). |
| **6.11** Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.<br>(D.O.F. 30 de Marzo de 2006. Última reforma 31 de Diciembre de 2008). |
| **6.12** Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011.<br>(D.O.F. 15 de Octubre de 2010). |
| **6.13** PRESUPUESTO de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011.<br>(D.O.F. 7-12-2010). |
| **6.14** Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.<br>(D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.15** Condiciones Generales de Trabajo (2008-2010). |
| **6.16** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.17** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.18** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## 7.0 Glosario

**7.1 Programa Operativo de Educación Continua:** Es el conjunto de actividades académicas, de organización, capacitación y actualización en materia de atención a personas con discapacidad, cuyo objetivo va enfocado a mejorar los servicios a la población con discapacidad, el cual debe ser aprobado por la Subdirección de Enseñanza e Investigación, adscrita a la Dirección General de Rehabilitación.

**7.2 Profesor de Educación Continua:** Persona que cumple los requisitos académicos y profesionales; realiza las actividades docentes del Programa Operativo de Educación Continua.

**7.3 Curso de Actualización:** Modalidad educativa que permite la revisión de los conceptos más actuales de uno o varios temas que no están necesariamente relacionados entre sí, que van encauzados a la ampliación o adquisición de conocimientos y/o habilidades y destrezas sobre el tema o temas.

**7.4 Diplomado:** Modalidad educativa que se diferencia de los cursos aislados. Es un conjunto articulado de actividades académicas, cada una de los cuales recibirá el nombre de módulo, que proporcionan conocimientos actuales de un tema y/o capacidades prácticas en relación con el mismo. Entre sus principales objetivos está el actualizar, profundizar y fortalecer conocimientos, habilidades y/o destrezas según sea la población (profesional o técnico).

**7.5 Taller:** Modalidad educativa en la cual se recurre a técnicas individuales y grupales combinadas de manera flexible, con el propósito es elaborar un producto, que sea útil y evaluable, donde los asistentes deberán participar activamente.

**7.6 Seminario:** Técnica grupal que tiene como propósito la investigación científica, el trabajo en equipo, el aprendizaje activo sobre un tema, en sesiones programadas, apoyándose en fuentes originales de información.

**7.7 Congreso:** Intercambio de ideas, opiniones y experiencias entre un grupo de personas calificadas en determinada área o capaces de analizar una situación, durante uno o varios días.

**7.8 Jornada y/o Reunión:** Evento educativo que propicia la reunión de profesionales, técnicos o auxiliares del ámbito de la atención a personas con discapacidad, con el fin de presentar trabajo de investigación o temas específicos, facilitando al mismo tiempo el intercambio de experiencias entre los asistentes.

**7.9 Curso de Adiestramiento:** Modalidad educativa que se proporciona en forma individual al trabajador para que adquiera, refuerce o perfeccione conocimientos y destrezas necesarias para incrementar la eficiencia en su puesto de trabajo.

**7.10 Sesión Anatomoclínica:** Actividad grupal que permite la reunión de varias personas con el propósito de discutir la relación existente entre los hallazgos clínicos, de laboratorio, gabinete y anatomopatológicos de un caso.

**7.11 Sesión de Caso Familiar:** Actividad en grupo que tiene como finalidad analizar y evaluar diferentes aspectos relacionados con el diagnóstico, terapia o evolución de la funcionalidad de una familia.

**7.12 Sesión General:** En esta reunión participan todos los servicios que brindan atención médica y paramédica para la exposición y análisis de temas de interés general.

**7.13 Sesión Radiológica:** Actividad grupal cuyo propósito es revisar estudios de imagenología para su análisis e interpretación y desarrollar la habilidad para su empleo en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

**7.14 Sesión Clínica:** Actividad en grupo cuyo propósito es analizar y evaluar diferentes aspectos relacionados con el diagnóstico, tratamiento o evolución de la enfermedad.

**7.15 Sesión Departamental:** Actividad grupal que realiza el personal de un mismo Servicio o Departamento cuyo objetivo es analizar, revisar y discutir temas relacionados con sus actividades.

**7.16 Sesión Bibliográfica:** Actividad grupal que facilita el análisis de información de artículos científicos publicados en publicaciones periódicas (revistas, anuarios, memorias, congresos y series numeradas).

**7.17 Curso Monográfico:** Modalidad educativa que permite la discusión y el análisis exhaustivo de uno o varios temas que están íntimamente ligados entre si.

# 8.0 Anexos

## 8.1 Programa Operativo de Educación Continua.

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.**
**Dirección de Rehabilitación.**
**Subdirección de Enseñanza e Investigación.**

**PROGRAMA OPERATIVO DE EDUCACIÓN CONTINUA**

**CENTRO DE REHABILITACIÓN**

**(1)**

***ENERO DE (2) A DICIEMBRE DE (3)***

DIF

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.**
**Dirección de Rehabilitación.**
**Subdirección de Enseñanza e Investigación.**

I N D I C E (4)


1. CARÁTULA
2. INDICE
3. INTRODUCCIÓN
4. ANTECEDENTES
5. JUSTIFICACIÓN
6. OBJETIVO GENERAL
7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
8. LIMITES
   8.1 TIEMPO
   8.2 ESPACIO
   8.3 UNIVERSO DE TRABAJO
9. RECURSOS
   9.1. HUMANOS.
   9.2 MATERIALES.
   9.2.1. EQUIPO Y MATERIAL DIDÁCTICO.
10. .METAS
11. SEGUIMIENTO Y CONTROL
    12. EVALUACIÓ

DIF

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.**
**Dirección de Rehabilitación.**
**Subdirección de Enseñanza e Investigación.**

## INTRODUCCIÓN

**(5)**

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.**
**Dirección de Rehabilitación.**
**Subdirección de Enseñanza e Investigación.**

## ANTECEDENTES

**(6)**

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.**
**Dirección de Rehabilitación.**
**Subdirección de Enseñanza e Investigación.**

**JUSTIFICACIÓN**

**(7)**

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.**
**Dirección de Rehabilitación.**
**Subdirección de Enseñanza e Investigación.**

**OBJETIVO GENERAL**

**(8)**

DIF

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.**
**Dirección de Rehabilitación.**
**Subdirección de Enseñanza e Investigación.**

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

**(9)**

DIF

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.**
**Dirección de Rehabilitación.**
**Subdirección de Enseñanza e Investigación.**

**L Í M I T E S**

***T I E M P O***

**(10)**

DIF

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.**
**Dirección de Rehabilitación.**
**Subdirección de Enseñanza e Investigación.**

| L Í M I T E S | | | |
|---|---|---|---|
| *E S P A C I O (11)* | | | |
| **INSTALACIÓN** | **CANTIDAD** | **ÀREA EN M2** | **CAPACIDAD** |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DIF

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.**
**Dirección de Rehabilitación.**
**Subdirección de Enseñanza e Investigación.**

| L Í M I T E S | |
|---|---|
| ***UNIVERSO DE TRABAJO (12)*** | |
| **PROFESIÓN , CATEGORÍA O FUNCIONES.** | **No. TRABAJADORES.** |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

DIF

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.**
**Dirección de Rehabilitación.**
**Subdirección de Enseñanza e Investigación.**

| R E C U R S O S H U M A N O S | | |
|---|---|---|
| ***PROFESORES (13)*** | | |
| **NOMBRE** | **PROFESIÓN** | **No. HORAS PROGRAMADAS.** |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DIF

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.**
**Dirección de Rehabilitación.**
**Subdirección de Enseñanza e Investigación.**

| RECURSOS MATERIALES | |
|---|---|
| ***EQUIPO Y MATERIAL DE APOYO DIDÁCTICO (14)*** | |
| **EQUIPO O MATERIAL** | **CANTIDAD** |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

DIF

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.**
**Dirección de Rehabilitación.**
**Subdirección de Enseñanza e Investigación.**

| **R E C U R S O S F I N A N C I E R O S** |
|---|
| ***COSTO / PRESUPUESTO*** |
| |

DIF

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.**
**Dirección de Rehabilitación.**
**Subdirección de Enseñanza e Investigación.**

**METAS SESIONES (horas) (15)**

| MES | GENERAL | BIBLIOGRÁFICA | MONOGRAFICA O DEPARTAMENTAL | CURSO | CLINICA | TALLER | OTROS | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERO | | | | | | | | |
| FEBRERO | | | | | | | | |
| MARZO | | | | | | | | |
| ABRIL | | | | | | | | |
| MAYO | | | | | | | | |
| JUNIO | | | | | | | | |
| JULIO | | | | | | | | |
| AGOSTO | | | | | | | | |
| SEPTIEMBRE | | | | | | | | |
| OCTUBRE | | | | | | | | |
| NOVIEMBRE | | | | | | | | |
| DICIEMBRE | | | | | | | | |
| T O T A L | | | | | | | | |

***REPORTAR HORAS PROGRAMADAS.**

**NOMBRE DEL COORDINADOR GENERAL DEL CENTRO:**_____

**NOMBRE DELJEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA:**_____

DIF

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.**
**Dirección de Rehabilitación.**
**Subdirección de Enseñanza e Investigación.**

## METAS ASISTENTES (16)

| MES | GENERAL | BIBLIOGRÁFICA | MONOGRAFICA O DEPARTAMENTAL | CURSO | CLINICA | TALLER | OTROS | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERO | | | | | | | | |
| FEBRERO | | | | | | | | |
| MARZO | | | | | | | | |
| ABRIL | | | | | | | | |
| MAYO | | | | | | | | |
| JUNIO | | | | | | | | |
| JULIO | | | | | | | | |
| AGOSTO | | | | | | | | |
| SEPTIEMBRE | | | | | | | | |
| OCTUBRE | | | | | | | | |
| NOVIEMBRE | | | | | | | | |
| DICIEMBRE | | | | | | | | |
| T O T A L | | | | | | | | |

*REPORTAR HORAS PROGRAMADAS.

NOMBRE DEL COORDINADOR GENERAL DEL CENTRO:_____

NOMBRE DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA:_____

DIF

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.**
**Dirección de Rehabilitación.**
**Subdirección de Enseñanza e Investigación.**

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (17)

**CENTRO DE REHABILITACIÓN:**_____

TIPO DE EVENTO:_____ HORARIO:_____

DIRIGIDO A: TÉCNICA DIDÁCTICA.

| FECHA | TEMA | PROFESOR | No. DE ASISTENTES |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.**
**Dirección de Rehabilitación.**
**Subdirección de Enseñanza e Investigación.**

**SEGUIMIENTO Y CONTROL**

**(18)**

DIF

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.**
**Dirección de Rehabilitación.**
**Subdirección de Enseñanza e Investigación.**

**EVALUACIÓN**

**(19)**

# INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Nombre del centro. |
| 2 | Año del período que inicia el Programa. |
| 3 | Año del período que finaliza el Programa. |
| 4 | Capítulos que estructuran el documento |
| 5 | Propósito para el cual fue elaborado el Programa. |
| 6 | Evolución del Programa de su inicio al momento actual. |
| 7 | Exposición de causas por las que se lleva a cabo el Programa. |
| 8 | Describir fin que se pretende alcanzar. |
| 9* | Propósitos que se desprenden del objetivo general. |
| 10 | Fecha de inicio y término del Programa. |
| 11 | Áreas físicas donde se lleva a cabo el Programa. |
| 12 | A quien va dirigido el Programa. |
| 13 | Profesores que participan en el Programa. |
| 14 | Equipo, material y presupuesto de apoyo para el Programa. |
| 15 | Alcances cuantitativos de sesiones mensuales y anuales en horas. |
| 16 | Alcances cuantitativos de asistencias mensuales y anuales. |
| 17 | Fecha, tema, profesor y número de asistentes a las sesiones. |
| 18 | Describir las actividades a realizar en los formatos correspondientes. |
| 19 | Estrategias y análisis realizados para el desarrollo del Programa. |

**PROGRAMA OPERATIVO DE EDUCACIÓN CONTINUA**

**CENTRO DE REHABILITACIÓN**

***ENERO DE A***
***DICIEMBRE DE***

**I N D I C E**

1. CARÁTULA
2. INDICE
3. INTRODUCCIÓN
4.ANTECEDENTES
5. JUSTIFICACIÓN
6.OBJETIVO GENERAL
7.OBJETIVOS ESPECÍFICOS
8. LIMITES
    8.1 TIEMPO
    8.2 ESPACIO
    8.3 UNIVERSO DE TRABAJO
9. RECURSOS
    9.1 HUMANOS.
    9.2 MATERIALES.
        9.2.1. EQUIPO Y MATERIAL DIDÁCTICO.
10. METAS
11.SEGUIMIENTO Y CONTROL
12. EVALUACIÓN

# INTRODUCCIÓN

# ANTECEDENTES

# JUSTIFICACIÓN

# OBJETIVO GENERAL.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

**L Í M I T E S**

***T I E M P O***

**L Í M I T E S**

***E S P A C I O***

| INSTALACIÓN | CANTIDAD | ÀREA EN M2 | CAPACIDAD |
|---|---|---|---|
| | | | |

**L Í M I T E S**

**L Í M I T E S**

| PROFESIÓN, CATEGORÍA O FUNCIONES | No. DE TRABAJADORES. |
|---|---|
| AUX. Y OFIC. SERV. Y MANTENIMIENTO | |
| CHOFER. | |
| PERSONAL ADMINISTRATIVO. | |
| ENFERMERÍA. | |
| SECRETARIA | |
| RECEPCIONISTA. | |
| TÉCNICO RADIÓLOGO. | |
| AUXILIARES TÉCNICOS DE DIAGNÓSTICO. | |
| ÓRTESISTAS PROTESISTAS. | |
| TRABAJO SOCIAL. | |
| PSICÓLOGO. | |
| TERAPISTA FÍSICO Y/O AUXILIAR. | |
| TERAPISTA OCUPACIONAL Y/O AUXILIAR. | |
| TERAPISTA DEL LENGUAJE Y/O AUXILIAR. | |
| MÉDICO GENERAL. | |
| MÉDICO ESPECIALISTA. | |
| SUPERVISOR PARAMÉDICO. | |
| SUPERVISOR MÉDICO. | |
| COORDINADOR TÉCNICO. | |
| COORDINADOR GENERAL O DIRECTOR. | |
| PEDAGOGO. | |
| PROFESOR. | |
| OTROS. | |
| TOTAL | |

# R E C U R S O S  H U M A N O S

## *PROFESORES*

| NOMBRE | PROFESIÓN | No. HORAS PROGRAMADAS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**RECURSOS MATERIALES.**

***EQUIPO Y MATERIAL DE APOYO DIDÁCTICO.***

| EQUIPO O MATERIAL | CANTIDAD |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## R E C U R S O S  F I N A N C I E R O S

### *COSTO / PRESUPUESTO*

**METAS SESIONES (horas)**

| MES | GENERAL | BIBLIOGRAFICA | MONOGRAFICA O DEPARTAMENTAL | CURSO | CLINICA | TALLER | OTROS | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERO | | | | | | | | |
| FEBRERO | | | | | | | | |
| MARZO | | | | | | | | |
| ABRIL | | | | | | | | |
| MAYO | | | | | | | | |
| JUNIO | | | | | | | | |
| JULIO | | | | | | | | |
| AGOSTO | | | | | | | | |
| SEPTIEMBRE | | | | | | | | |
| OCTUBRE | | | | | | | | |
| NOVIEMBRE | | | | | | | | |
| DICIEMBRE | | | | | | | | |
| T O T A L | | | | | | | | |

***REPORTAR HORAS PROGRAMADAS.**

**NOMBRE DEL COORDINADOR GENERAL DEL CENTRO:**_____

**NOMBRE DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA:**_____

## METAS ASISTENTES

| MES | GENERAL | BIBLIOGRAFICA | MONOGRAFICA O DEPARTAMENTAL | CURSO | CLINICA | TALLER | OTROS | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERO | | | | | | | | |
| FEBRERO | | | | | | | | |
| MARZO | | | | | | | | |
| ABRIL | | | | | | | | |
| MAYO | | | | | | | | |
| JUNIO | | | | | | | | |
| JULIO | | | | | | | | |
| AGOSTO | | | | | | | | |
| SEPTIEMBRE | | | | | | | | |
| OCTUBRE | | | | | | | | |
| NOVIEMBRE | | | | | | | | |
| DICIEMBRE | | | | | | | | |
| T O T A L | | | | | | | | |

***REPORTAR HORAS PROGRAMADAS.**

**NOMBRE DEL COORDINADOR GENERAL DEL CENTRO:**_____

**NOMBRE DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA:**_____

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

**CENTRO DE REHABILITACIÓN:**_____

TIPO DE EVENTO:_____ HORARIO:_____

DIRIGIDO A: TÉCNICA DIDÁCTICA.

| FECHA | TEMA | PROFESOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

# SEGUIMIENTO Y CONTROL

# EVALUACIÓN

# 21.- PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER EL SEGUIMIENTO Y CONTROL AL PROGRAMA OPERATIVO DE EDUCACIÓN CONTÍNUA

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA,<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Verificar el avance programático de metas para el control, elaboración y presentación de informe mensual sobre las actividades realizadas por el área de Educación Continua de los Centros de Rehabilitación, en apego a la normatividad aplicable.

## 2.0 Alcance

Aplica a la Dirección General de Rehabilitación, Dirección de Rehabilitación, Subdirección de Enseñanza e Investigación y Centros de Rehabilitación de dependencia directa, centralizados y descentralizados del SNDIF.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

**3.1 Subdirección de Enseñanza e Investigación:**

Dar seguimiento al Programa Operativo de Educación Continua de los Centros de Rehabilitación.

Solicitar a los Centros de Rehabilitación, el avance mensual del Programa Operativo de Educación Continua.

Analizar el avance mensual del Programa Operativo de Educación Continua de los Centros de Rehabilitación, para emitir observaciones y enviar el Reporte Mensual de Metas a la Subdirección de Unidades Operativas en los Estados.

**3.2 Coordinador General del Centro de Rehabilitación:**

Elaborar el avance mensual de Educación Continua del Centro de Rehabilitación.

Informar el avance mensual del Programa Operativo de Educación Continua del Centro de Rehabilitación.

**3.5 Dirección General de Rehabilitación**

Respecto a los documentos publicados en la Normateca Interna de la Institución, es responsabilidad de la Dirección General de Rehabilitación, la actualización permanente de los mismos mediante la publicación de los documentos revisados y actualizados por las áreas de competencia en apego a las disposiciones vigentes.
Al tenor de la política anterior, aquellos documentos que se emitan por primera vez y los que resulten de alguna modificación, se deberán sujetar a las disposiciones vigentes para su elaboración y al procedimiento establecido para su dictamen por el Comité de Mejora Regulatoria Interno.

Interno y, en su caso, autorizadas por la Dirección General el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. En tal situación, se considerará viable la incorporación de los documentos de que se trate a la Normateca Interna de la Institución.

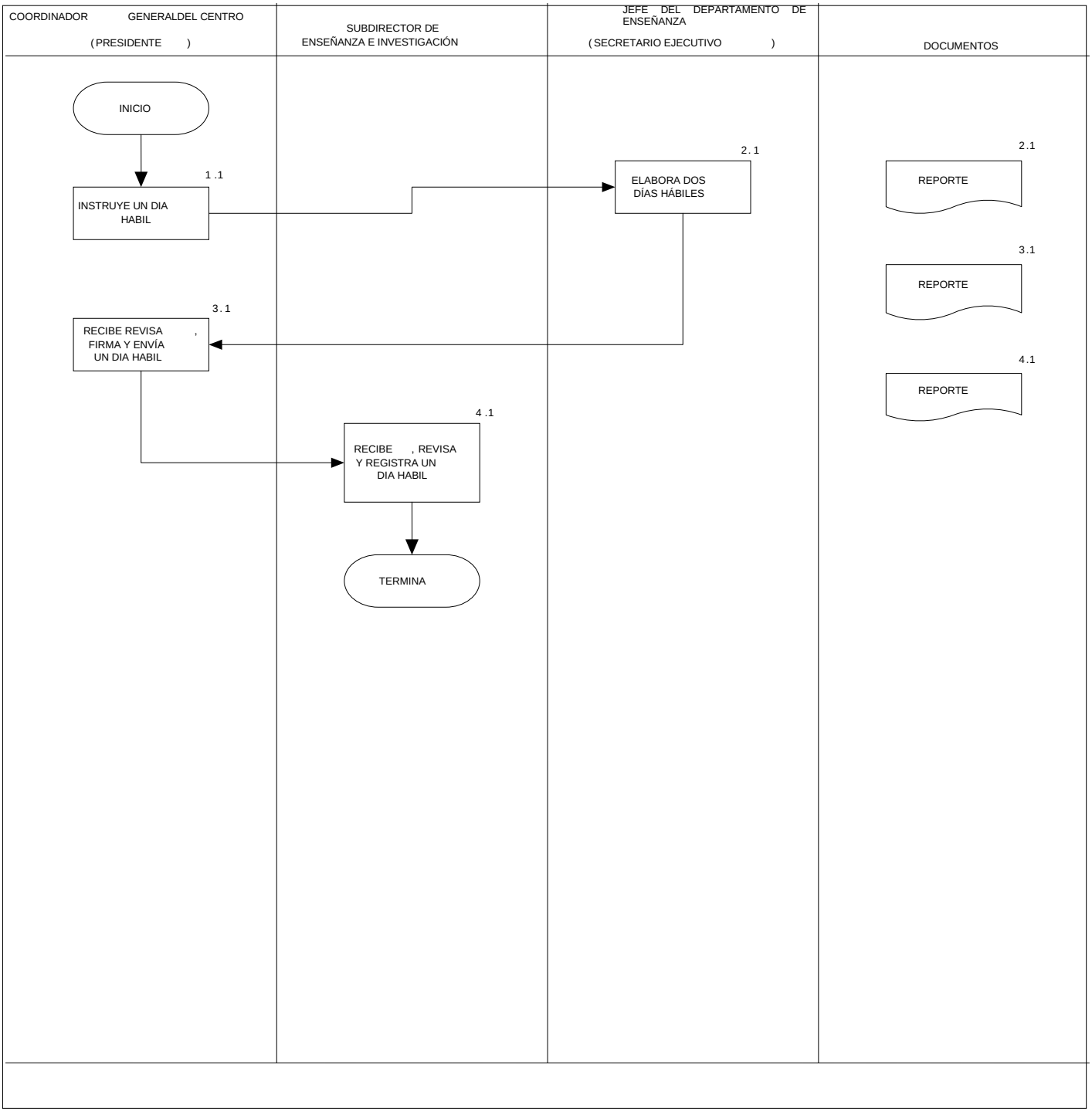
Se debe mantener actualizado los presentes procedimientos, a través de revisiones periódicas y cuando algún área de la Dirección General de Rehabilitación o Unidad Administrativa del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia proponga modificaciones al presente Manual, motivados por alguna mejora en el desarrollo del procedimiento o cambios en la Estructura Orgánica de la Entidad.

Para que las modificaciones a los presentes procedimientos surtan efecto, éstas deberán ser validadas por las áreas competentes y dictaminadas de manera favorable por el Comité de Mejora Regulatoria

## 4.0 Descripción del procedimiento

| RESPONSABLE | ACT. No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| COORDINADOR GENERAL DEL CENTRO (PRESIDENTE). | 1.1 | Instruye al Jefe del Departamento de Enseñanza para la elaboración del Reporte mensual del Programa Operativo de Educación Continua.<br><br>1 día hábil |
| JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA (SECRETARIO EJECUTIVO). | 2.1 | Convoca a reunión al Comité Local para la elaboración del Reporte mensual del Programa Operativo de Educación Continua.<br><br>2 días hábiles |
| COORDINADOR GENERAL DEL CENTRO (PRESIDENTE). | 3.1 | Recibe, revisa, firma y envía a la Subdirección de Enseñanza e Investigación el avance mensual de metas de Educación Continua el día 25 de cada mes así como su justificación en caso de desviación.<br><br>1 día hábil |
| SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN. | 4.1 | Recibe, revisa y registra el avance mensual de metas de Educación Continua en el formato Avance de Metas y lo envía al Departamento de Epidemiología con el propósito de que la información sea incorporada en el Sistema de Indicadores y Estructura Programática (SIEP).<br><br>1 día hábil<br><br>TERMINA |

## 5.0 Diagrama de Flujo



## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1** Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.<br>(D.O.F. 29 de diciembre de 1976. Última reforma 17 de junio de 2009). |
| **6.2** Ley General de Salud.<br>(D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.3** Ley de Asistencia Social.<br>(D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.4** Ley de Coordinación Fiscal.<br>(D.O.F. 27 de Diciembre de 1978. Última reforma 24 de Junio de 2009). |
| **6.5** Ley de Planeación.<br>(D.O.F. 5 de enero de 1983. Última reforma 20 de junio de 2011). |
| **6.6** Ley Federal de las Entidades Paraestatales.<br>(D.O.F. 14 de mayo de1986. Última reforma 28 de noviembre de 2008). |
| **6.7** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de Sector Público.<br>(D.O.F. 4 de enero de 2000. Última reforma 15 de junio de 2011). |
| **6.8** Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.<br>(D.O.F. 13 Marzo del 2002. Última reforma 28 de Mayo de 2009). |
| **6.9** Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.<br>(D.O.F. 11 de junio de 2002. Última reforma 5 de julio de 2010). |
| **6.10** Ley General de Bienes Nacionales.<br>(D.O.F. 20 de mayo de 2004. Última reforma 31 de agosto de 2007). |
| **6.11** Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.<br>(D.O.F. 30 de Marzo de 2006. Última reforma 31 de Diciembre de 2008). |
| **6.12** Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011.<br>(D.O.F. 15 de Octubre de 2010). |
| **6.13** PRESUPUESTO de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011.<br>(D.O.F. 7-12-2010). |
| **6.14** Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.<br>(D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.15** Condiciones Generales de Trabajo (2008-2010). |
| **6.16** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.17** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.18** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## 7. Glosario

**7.1 Programación Anual**: Proyección calendarizada anual de acciones.

**7.2 Avance Mensual**: Progreso de las metas realizadas.

**7.3 Meta**: Establecimiento de una finalidad u objetivo que se expresa en términos cuantitativos.

**7.4 Desviación**: Diferencia de valores de metas entre lo programado y lo realizado.

**7.5 Justificación**: Descripción de los motivos de la desviación.

**7.7 Beneficio:** Impacto que refleje mejoras en la atención al usuario, profesionalización del trabajador, y cumplimiento de la misión del Centro de Rehabilitación.

**7.7 Soporte Documental:** Escrito que respalda la existencia o veracidad de las desviaciones reportadas.

## 8.0 Anexos

## RELACION DE FORMATOS A UTILIZARSE EN EL PROCEDIMIENTO.

**8.1** Formato del avance mensual de metas del programa operativo de Educación Continua.

## 8.1 Formato del avance mensual de metas del programa operativo de Educación Continua.

DIF Nacional
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación
Subdirección Enseñanza e Investigación
Educación Continua

FORMATO DEL REPORTE ANUAL
DEL PROGRAMA OPERATIVO DE EDUCACION CONTINUA

CENTRO: (1) _____ MES Y AÑO: (2) _____

***METAS PROGRAMATICAS***

| | (3) PROGRAMADO AL MES | (4) REALIZADO AL MES | (5) % DE DESVIACION | (6) PROGRAMADO ANUAL | (7) REALIZADO AL PERIODO | (8) % DE AVANCE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SESIONES **4s0390300200102** | | | 0 | | | 0 |
| ASISTENTES **4s0390300200129** | | | 0 | | | 0 |
| INDICE DE CAPACITACION **4s03903031001245** | | | 0 | | | 0 |

| | (9) NACIONAL | (10) ESTATAL | (11) OTROS |
|---|---|---|---|
| ***PARTICIPACION DOCENTE*** *(EN EL PROGRAMA OPERATIVO DE EDUCACION CONTINUA)* | | | |

(12) ***JUSTIFICACION,BENEFICIOS ESPERADOS Y SOPORTE DOCUMNETAL***

(13) _____
NOMBRE Y FIRMA
DIRECTOR O COORDINADOR GENERAL

# INSTRUCTIVO DE LLENADO

| NO | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Anotará el nombre del Centro. |
| 2 | Anotará el año y el mes al que corresponde el reporte |
| 3 | Anotará en el recuadro:<br>Sesiones: lo programado correspondiente al mes que reporta.<br>Asistentes: lo programado correspondiente al mes que reporta.<br>Índice de capacitación: lo programado correspondiente al mes que reporta. |
| 4 | Anotará en el recuadro:<br>Sesiones: lo realizado correspondiente al mes que reporta.<br>Asistentes: lo realizado correspondiente al mes que reporta.<br>Índice de capacitación: lo realizado correspondiente al mes que reporta. |
| 5 | Anotará en el recuadro el porcentaje de desviación que se obtiene de la siguiente manera:<br>Desviación = realizado/programado x 100-100 |
| 6 | Anotará en el recuadro:<br>Sesiones, el total programado anual.<br>Asistentes, el total programado anual.<br>Índice de capacitación, el total programado anual. |
| 7 | Anotará en el recuadro:<br>Sesiones, el total de lo realizado hasta el mes que reporta.<br>Asistentes, el total de lo realizado hasta el mes que reporta.<br>Índice de capacitación, el promedio de lo realizado hasta el mes que reporta |
| 8 | Anotará en el recuadro el avance que se obtiene de la siguiente manera:<br>Avance = realizado al periodo/programado anual x 100 |

# INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 9 | Anotará el total de docentes del DIF Nacional que participaron como ponentes en el programa operativo de educación continua. |
| 10 | Anotará el total de docentes del DIF Estatal que participaron como ponentes en el programa operativo de educación continua. |
| 11 | Anotará el total de docentes de otras Instituciones que participaron como ponentes en el programa operativo de educación continua. |
| 12 | Describirá la justificación a las desviaciones reportadas, los beneficios alcanzados y la referencia documental que la soporta.. |
| 13 | Anotará el nombre y la firma del Coordinador General del Centro. |

DIF

Nacional
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación
Subdirección de Enseñanza e Investigación
Educación Continua

# FORMATO DE AVANCE MENSUAL DE METAS DEL PROGRAMA OPERATIVO DE EDUCACION CONTINUA

CENTRO: _____ MES Y AÑO: _____

***METAS PROGRAMATICAS***

| | PROGRAMADO AL MES | REALIZADO AL MES | % DE DESVIACION | PROGRAMADO ANUAL | REALIZADO AL PERIODO | % DE AVANCE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SESIONES **4s0390300200102** | | | 0 | | | 0 |
| ASISTENTES **4s0390300200129** | | | 0 | | | 0 |
| INDICE DE CAPACITACION **4s03903031001245** | | | 0 | | | 0 |

| | NACIONAL | ESTATAL | OTROS |
|---|---|---|---|
| ***PARTICIPACION DOCENTE*** *(EN EL PROGRAMA OPERATIVO DE EDUCACION CONTINUA)* | | | |

***JUSTIFICACION,BENEFICIOS ALCANZADOS Y SOPORTE DOCUMNETAL***

| |
|---|
| |

_____
NOMBRE Y FIRMA
DIRECTOR O COORDINADOR GENERAL

# 22. PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR Y ENTREGAR CONSTANCIAS DEL PROGRAMA OPERATIVO DE EDUCACIÓN CONTÍNUA

| C CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Describir las actividades requeridas para la elaboración y entrega de Constancias del Programa Operativo de Educación Continua de los Centros de dependencia directa, centralizados y descentralizados del SNDIF.

## 2.0 Alcance

Aplica a la Dirección General de Rehabilitación, Dirección de Rehabilitación, Subdirección de Enseñanza e Investigación y Centros de Rehabilitación de dependencia directa, centralizados y descentralizados del SNDIF.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

### 3.1 Dirección de Rehabilitación:

Garantizar que los Centros de Rehabilitación a través de la Subdirección de Enseñanza e Investigación cuenten con los Procedimientos.

Autorizar el trámite para la firma de las constancias del Programa Operativo de Educación Continua de los Centros de Rehabilitación.

### 3.2 Subdirección de Enseñanza e Investigación:

Recaba las firmas de las constancias del Programa Operativo de Educación Continua a los Centros de Rehabilitación.

### 3.3 Coordinador General del Centro de Rehabilitación:

Elaborar, registrar y entregar las constancias de los trabajadores que cumplieron el 80% de asistencia, con base en el seguimiento mensual del Programa Operativo de Educación Continua del Centro de Rehabilitación.

### 3.4 Dirección General de Rehabilitación

Respecto a los documentos publicados en la Normateca Interna de la Institución, es responsabilidad de la Dirección General de Rehabilitación, la actualización permanente de los mismos mediante la publicación de los documentos revisados y actualizados por las áreas de competencia en apego a las disposiciones vigentes.

Al tenor de la política anterior, aquellos documentos que se emitan por primera vez y los que resulten de alguna modificación, se deberán sujetar a las disposiciones vigentes para su elaboración y al procedimiento establecido para su dictamen por el Comité de Mejora Regulatoria Interno.

Se debe mantener actualizado los presentes procedimientos, a través de revisiones periódicas y cuando algún área de la Dirección General de Rehabilitación o Unidad Administrativa del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia proponga modificaciones a los presentes procedimientos, motivados por alguna mejora en el desarrollo del procedimiento o cambios en la Estructura Orgánica de la Entidad.

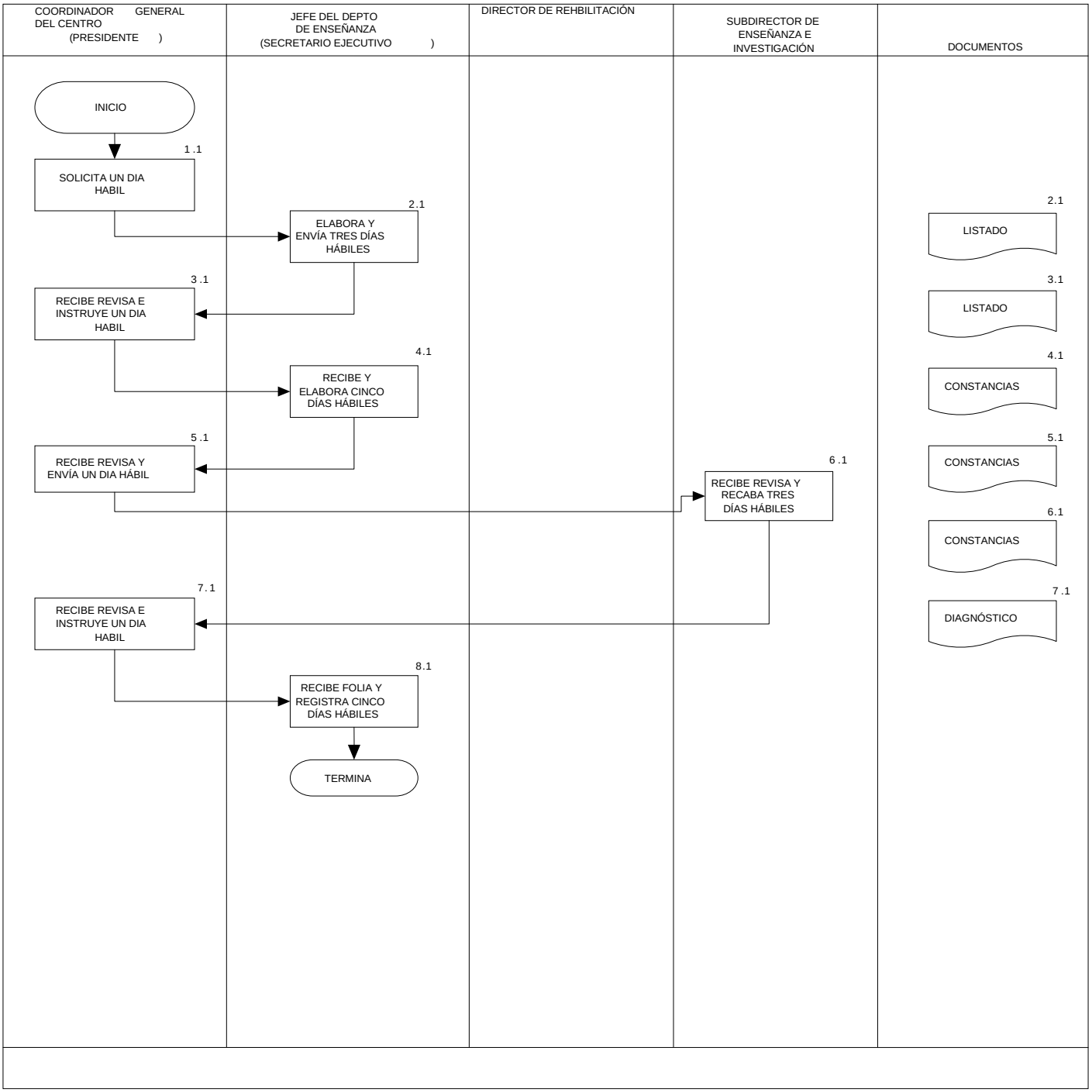
Para que las modificaciones a los presentes procedimientos surtan efecto, éstas deberán ser validadas por las áreas competentes y dictaminadas de manera favorable por el Comité de Mejora Regulatoria Interno y, en su caso, autorizadas por la Dirección General del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. En tal situación, se considerará viable la incorporación de los documentos de que se trate a la Normateca Interna de la Institución

## 4.0 Descripción del procedimiento

| RESPONSABLE | ACT. No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| CORNIDADOR GENERAL DEL CENTRO (PRESIDENTE). | 1.1 | Solicita al Jefe del Departamento de Enseñanza (Secretario Ejecutivo) en el mes de Diciembre de cada año, la relación de Profesores y Asistentes con acreditación a Constancia de participación en el Programa Operativo de Educación Continua.<br>Un día hábil |
| JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA (SECRETARIO EJECUTIVO). | 2.1 | Elabora listado y envía al Coordinador General del Centro (Presidente).<br>3 días hábiles |
| CORNIDADOR GENERAL DEL CENTRO (PRESIDENTE). | 3.1 | Recibe, revisa e instruye al Jefe del Departamento de Enseñanza (Secretario Ejecutivo) para la elaboración de las Constancias.<br>Un día hábil |
| JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA (SECRETARIO EJECUTIVO). | 4.1 | Recibe, elabora Constancias y envía al Coordinador General del Centro (Presidente) para su autorización.<br>5 días hábiles |
| CORDINADOR GENERAL DEL CENTRO (PRESIDENTE). | 5.1 | Recibe revisa y envía al Subdirector de Enseñanza para firma de autoridades.<br>Un día hábil |
| SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN. | 6.1 | Recibe, revisa, recaba firmas de autoridades y envía al Director o Coordinador General del Centro (Presidente).<br>3 días hábiles |

| RESPONSABLE | ACT. No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| CORDINADOR GENERAL DEL CENTRO (PRESIDENTE). | 7.1 | Recibe e instruye al Jefe del Departamento de Enseñanza (Secretario Ejecutivo) para foliar, registrar y entregar Constancias a Profesores y Asistentes.<br>Un día hábil |
| JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA (SECRETARIO EJECUTIVO). | 8.1 | Recibe, folea y registra en la libreta de registro donde anotara el num. de constancia que le corresponda y el nombre del que recibe constancia. Organiza en coordinación con los Vocales la entrega de Constancias previa autorización del Coordinador General del Centro (Presidente).<br>5 días hábiles<br><br>FIN |

# 5.0 Diagrama de Flujo



## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1. Ley General de Salud.** (D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.2. Ley de Asistencia Social.** (D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.3. Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.** (D.O.F. 29 de mayo de 2000. Última reforma 19 de agosto de 2010). |
| **6.4 Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.** (D.O.F. 11 de junio de 2003. Última reforma 27 de noviembre de 2007). |
| **6.5 Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.** (D.O.F. 25 de junio de 2002. Última reforma 24 de junio de 2009). |
| **6.6 Ley General de Población.** (D.O.F. 07 de Enero de 1974. Ultima reforma 25 de Mayo de 2011). |
| **6.7 Ley de Migración.** (D.O.F. 25 de mayo de 2011). |
| **6.8 Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.** (D.O.F. 01 de Febrero de 2007. Última reforma 28 de Enero de 2011) |
| **6.9 Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.** (D.O.F. 30 de mayo de 2011). |
| **6.10 Ley para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas.** (D.O.F. 27 de noviembre de 2007. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.11. Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.** (D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.12. Convención sobre los Derechos del Niño.** (D.O.F. 25 de enero de 1991). |
| **6.13 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**. (D.O.F. 2 de Mayo de 2008). |
| **6.14. Programa Sectorial de Salud 2007-2012** (D.O.F. 17 de enero de 2008). |
| **6.15 Reglamento del Consejo Ciudadano Consultivo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.** (D.O.F. 29 de Noviembre de 2006. Última reforma 16 Junio de 2010). |
| **6.16 Decreto por el que se crea el Sistema Nacional de Guarderías y Estancias Infantiles.** (D.O.F. 10 de Mayo de 2007). |
| **6.17 Norma Oficial Mexicana** 173-SSA1-1998 para la Atención a Personas con Discapacidad. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999.) |
| **6.18 Norma Oficial Mexicana** 167 SSA-1-1997 para la prestación de Servicios de Asistencia Social, para Menores y Adultos Mayores. (D.O.F. 17 de Noviembre de 1999). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## 7.0 Glosario

### CURSO DE ACTUALIZACION

**Objetivo.**

Modalidad educativa que permite la revisión de los conceptos más actuales de uno o varios temas que no necesariamente relacionados entre sí, que van buscan la ampliación o adquisición de conocimientos y/o habilidades y destrezas sobre el tema o temas.

**Duración del Curso.**

De 30 a 60 horas repartidas en una o varias semanas, con valor curricular (previa aprobación del programa y profesores por una institución académica).

De 20 horas con reconocimiento institucional.

**Reconocimiento.**

Constancia.

## DIPLOMADO

**Objetivo.**
Modalidad educativa que se diferencia de los cursos aislados. Es un conjunto articulado de actividades académicas, cada una de los cuales recibirá el nombre de módulo, que proporcionan conocimientos actuales de un tema y/o capacidades prácticas en relación con el mismo. Entre sus principales objetivos está el actualizar, profundizar y fortalecer conocimientos, habilidades y/o destrezas según sea la población (profesional o técnico).

**Duración del Curso.**
Mínimo 120 horas (ejemplo 3 módulos de 40 hrs.).
Máximo 400 horas.

**Reconocimiento.**

## TALLER

**Objetivo.**
Modalidad educativa en la cual se recurre a técnicas individuales y grupales combinadas de manera flexible, con el propósito de elaborar un producto, que sea útil y evaluable, donde los asistentes deberán participar activamente

**Duración del Curso.**
Mínimo 10 horas.
Máximo 20 horas.

**Reconocimiento.**
Constancia.

## SEMINARIO

**Objetivo.**
Técnica grupal que tiene como propósito la investigación científica, el trabajo en equipo, el aprendizaje activo sobre un tema, en sesiones programadas, apoyándose en fuentes originales de información.

**Duración del Curso.**
Mínimo 3 semanas.
Máximo 12 meses.

**Reconocimiento.**
Constancia**.**

## CONGRESO

### Objetivo.

Intercambio de ideas, opiniones y experiencias entre un grupo de personas calificadas en determinada área o capaces de analizar una situación, durante uno o varios días.

### Duración del Curso.

De 1 a 3 días.

### Reconocimiento.

Constancia.

## JORNADA y/o REUNION

### Objetivo.

Evento educativo que propicia la reunión de profesionales, técnicos o auxiliares del ámbito de la atención a personas con discapacidad, con el fin de presentar trabajo de investigación o temas específicos, facilitando al mismo tiempo el intercambio de experiencias entre los asistentes.

### Duración del Curso.

De 1 a 3 días.

### Reconocimiento.

Constancia.

## CURSO DE ADIESTRAMIENTO

### Objetivo.

Modalidad educativa que se proporciona en forma individual al trabajador para que adquiera, refuerce o perfeccione conocimientos y destrezas necesarias para incrementar la eficiencia en su puesto de trabajo.

### Duración del Curso.

Mínimo 1 mes.

Máximo 10 meses.

### Reconocimiento.

Constancia.

## SESION ANATOMOCLINICA

### Objetivo.
Actividad grupal que permite la reunión de varias personas con el propósito de discutir la relación existente entre los hallazgos clínicos, de laboratorio, gabinete y anatomopatológicos de un caso.

### Duración del Curso.
Mínimo una hora.

### Reconocimiento.
Constancia con valor curricular por cada 10 horas acumuladas.

## SESION DE CASO FAMILIAR

### Objetivo.
Actividad en grupo que tiene como finalidad analizar y evaluar diferentes aspectos relacionados con el diagnóstico, terapia o evolución de la funcionalidad de una familia.

### Duración del Curso.
Mínimo una hora.

### Reconocimiento.
Constancia de asistencia, con valor curricular por cada 10 horas acumuladas.

## SESION GENERAL

### Objetivo.
En esta reunión participan todos los servicios que brindan atención médica y paramédica para la exposición y análisis de temas de interés general.

### Duración del Curso.
Mínimo una hora.

### Reconocimiento.
Constancia con valor curricular por cada 10 horas acumuladas

## SESION RADIOLOGICA

### Objetivo.

Actividad grupal cuyo propósito es revisar estudios de imagenología para su análisis e interpretación y desarrollar la habilidad para su empleo en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

### Duración del Curso.

Mínimo una hora.

### Reconocimiento.

Constancia con valor curricular por cada 10 horas acumuladas.

## SESION CLINICA

### Objetivo.

Actividad en grupo cuyo propósito es analizar y evaluar diferentes aspecto
s relacionados con el diagnóstico, tratamiento o evolución de la enfermedad.

### Duración del Curso.

Mínimo una hora.

### Reconocimiento.

Constancia con valor curricular por cada 10 horas acumuladas.

## SESION DEPARTAMENTAL

### Objetivo.

Actividad grupal que realiza el personal de un mismo servicio o Departamento cuyo objetivo es analizar, revisar y discutir temas relacionados con sus actividades.

### Duración del Curso.

Mínimo una hora.

### Reconocimiento.

Constancia con valor curricular por cada 10 horas acumuladas.

## SESION BIBLIOGRAFICA

### Objetivo.

Actividad grupal que facilita el análisis de información de artículos científicos publicados en publicaciones periódicas (revistas, anuarios, memorias, congresos y series numeradas)

### Duración del Curso.

Mínimo una hora.

### Reconocimiento.

Constancia, con valor curricular por cada 10 horas acumuladas.

## CURSO MONOGRAFICO

### Objetivo.

Modalidad educativa que permite la discusión y el análisis exhaustivo de uno o varios temas que están íntimamente ligados entre si.

### Duración del Curso.

De 30 a 60 horas repartidas en una o varias semanas, con valor curricular (previa aprobación del programa y profesores por una institución académica).

De 20 horas con reconocimiento institucional.

### Reconocimiento.

Constancia.

## CONSTANCIA

### Constancia de asistencia.

Documento que se otorga a los asistentes de actividades académicas..

El reconocimiento deberá expresar de manera clara y sin abreviaturas:

Nombre completo del participante.

Nombre completo de la actividad académica.

Fecha.

Número de horas.

Sede o lugar donde se efectuó.

Firmas de profesor titular y/o coordinador de la actividad y autoridades

### Validación o registro del documento.

El registro se hará en la Jefatura del Departamento de Enseñanza del Centro.
Se dispondrá de un control para el registro de las actividades académicas que contenga:
Número de Folio.
Nombre del participante.
Nombre de la actividad.
Período de inicio y término de la actividad.
Número de horas.
Fecha de expedición de la constancia.
Firma de la persona que recibe la constancia.

### Requisitos para la emisión de Reconocimientos por Asistencia

Cumplir con todas las formalidades que se señalen para cada actividad académica.
Las constancias serán firmadas por el Director de Rehabilitación.

### CONSTANCIA

### Constancia de participación.

Documento que se otorga a los Profesores, Ponentes, Instructores, Coordinadores y Conductores de actividades académicas por haber participado en las mismas.

### La constancia deberá expresar de manera clara y sin abreviaturas:

Nombre completo de la persona a la quien se le otorga.
Enunciado del tipo de participación.
Denominación de la actividad académica.
Fecha.
Sede o lugar donde se efectuó.
Número de horas de su participación.

### Validación o registro del documento.

El registro se hará en la Jefatura del Departamento de Enseñanza del Centro.
Se dispondrá de un control para el registro de las actividades académicas que contenga:

Número de Folio.
Nombre del participante.
Nombre de la actividad.
Período de inicio y término de la actividad.
Número de horas.
Fecha de expedición de la constancia.
Firma de la persona que recibe la constancia.

## 8.0 Anexos

**RELACION DE FORMATOS A UTILIZARSE EN EL PROCEDIMIENTO.**

### 8.1.- Formato de Constancia

GOBIERNO FEDERAL
SALUD
DIF Nacional

México, D.F., (1)

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Otorga la presente

# CONSTANCIA a:

(2)

Por haber participado como (3) en las (3) del Programa Operativo de Educación Continua (4), realizadas en el (5) acumulando un total de (6) horas.

Vivir Mejor

(7)
Director y/o coordinador del Centro

(8)
Director de Rehabilitación

# INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DEBE DECIR |
|---|---|
| 1 | Anotará la fecha de elaboración |
| 2 | Anotará el nombre completo de la persona a la que se le otorga. |
| 3 | Anotará la denominación de la actividad académica y la forma de participación de acuerdo a lo establecido en el programa operativo de educación continua. |
| 4 | Anotará el año en el que concluye el programa operativo de educación continua. |
| 5 | Anotará la sede o lugar donde se efectuó el programa operativo de educación continua. |
| 6 | Anotará el número de horas de su participación. |
| 7 | Anotará el nombre y la firma del Director o Coordinador General del Centro. |
| 8 | Anotará el nombre y la firma del Director de Rehabilitación. |

# 23.- PROCEDIMIENTO PARA INSTALAR LOS COMITES LOCALES DE INVESTIGACIÓN Y BIOÉTICA EN DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN INTEGRAL

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Describir las actividades requeridas para la conformación, instalación y registro de los Comités Locales de Investigación y Bioética en Discapacidad y Rehabilitación Integral en los Centros dependientes de la Dirección General de Rehabilitación

## 2.0 Alcance

Aplica a la Dirección General de Rehabilitación, Dirección de Rehabilitación, Subdirección de Enseñanza e Investigación y Centros de Rehabilitación de dependencia directa, centralizados y descentralizados del SNDIF.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

### 3.1 Subdirección de Enseñanza e Investigación:

Solicita al Coordinador General del Centro de Rehabilitación el acta constitutiva del Comité Local de Investigación y/o Bioética

### 3.2 Subdirección de Área (Coordinador del Centro de Rehabilitación):

Elabora y envía el Acta Constitutiva del Comité Local de Investigación y/o Bioética del Centro de Rehabilitación.

### 3.3 Dirección General de Rehabilitación

Respecto a los documentos publicados en la Normateca Interna de la Institución, es responsabilidad de la Dirección General de Rehabilitación, la actualización permanente de los mismos mediante la publicación de los documentos revisados y actualizados por las áreas de competencia en apego a las disposiciones vigentes.

Al tenor de la política anterior, aquellos documentos que se emitan por primera vez y los que resulten de alguna modificación, se deberán sujetar a las disposiciones vigentes para su elaboración y al procedimiento establecido para su dictamen por el Comité de Mejora Regulatoria Interno.

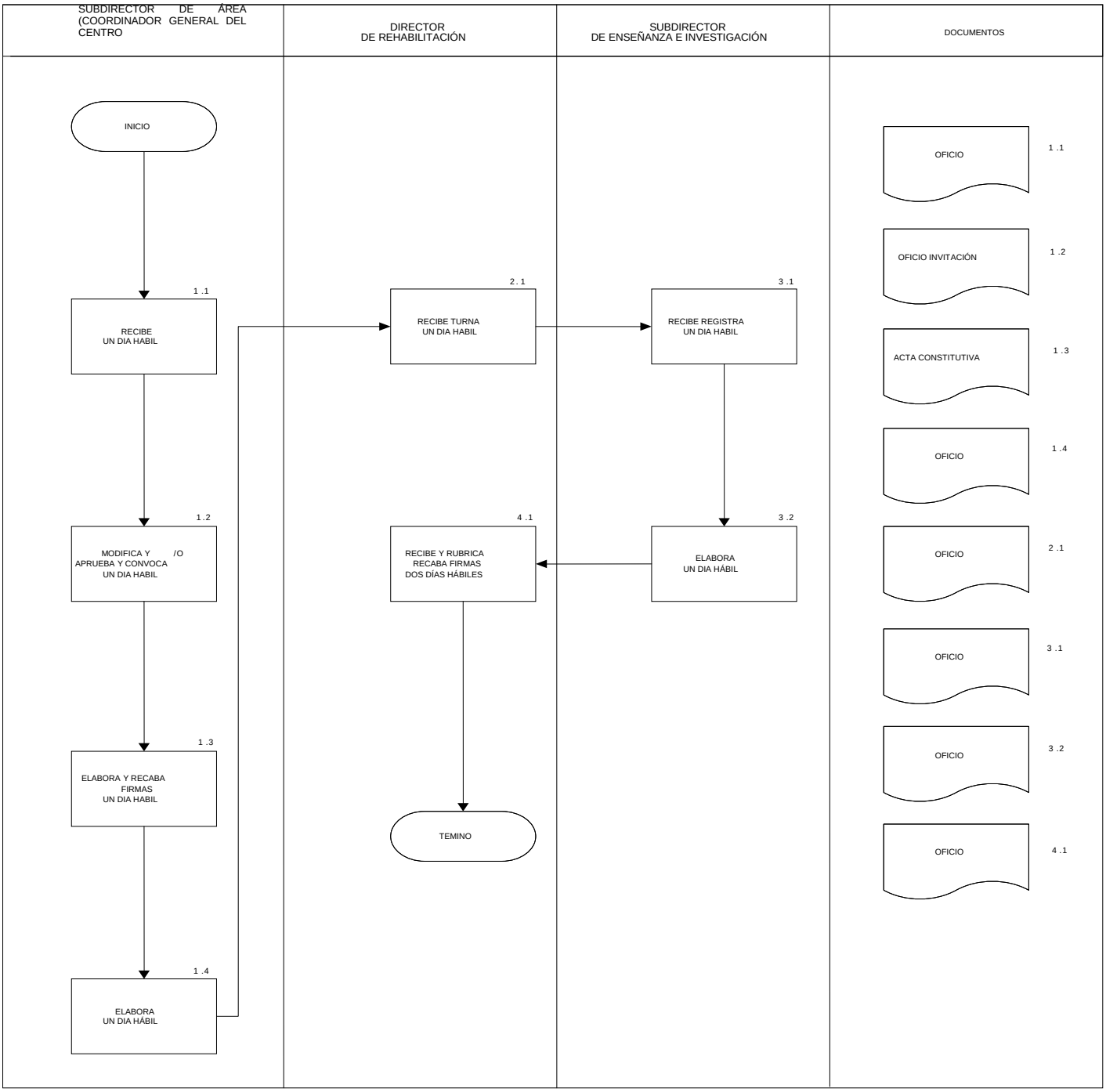
Se debe mantener actualizados los presentes procedimientos, a través de revisiones periódicas y cuando algún área de la Dirección General de Rehabilitación o Unidad Administrativa del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia proponga modificaciones a los presentes procedimientos, motivados por alguna mejora en el desarrollo del procedimiento o cambios en la Estructura Orgánica de la Entidad.

Para que las modificaciones a los presentes procedimientos surtan efecto, éstas deberán ser validadas por las áreas competentes y dictaminadas de manera favorable por el Comité de Mejora Regulatoria Interno y, en su caso, autorizadas por la Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. En tal situación, se considerará viable la incorporación de los documentos de que se trate a la Normateca Interna de la Institución.

## 4 Descripción del procedimiento

| UNIDAD QUE INTERVIENE | ACT. No. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|
| SUBDIRECTOR DE ÁREA (PRESIDENTE). | 1.1 | Recibe del Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación, en un día hábil la propuesta para invitar al personal del Centro a formar parte de los Comités Locales. 1 día hábil |
| | 1.2 | Modifica y/o aprueba y convoca, en un día hábil a Reunión General para dar a conocer la normatividad en investigación y bioética e invitar al personal a formar parte de los Comités Locales. 1 día hábil |
| | 1.3 | Elabora las Actas Constitutivas de los Comités Locales de investigación y de Bioética y recaba firmas de los integrantes, en un día hábil. 1 día hábil |
| | 1.4 | Elabora oficios y envía al Director de Rehabilitación las Actas Constitutivas de los Comités Locales de Investigación y de Bioética así como síntesis curricular de sus integrantes, en un día hábil. 1 día hábil |
| DIRECTOR DE REHABILITACIÓN | 2.1 | Recibe las actas constitutivas del Comité local de Investigación y el de bioética y turna, en un día hábil al Subdirector de Enseñanza e Investigación 1 día hábil |
| SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN | 3.1 | Recibe y registra en el formato de integrantes del comité local de enseñanza e investigación, en un día hábil, el Comité Local. 1 día hábil |
| | 3.2 | Elabora oficio de nombramiento de los integrantes de los Comités Locales, para firma de autoridades, en un día hábil. 1 día hábil |
| DIRECTOR DE REHABILITACIÓN | 4.1 | Recibe, revisa y rubrica oficio y turna para rúbrica del Director General de Rehabilitación y Asistencia Social, en dos días hábiles. 1 día hábil |
| | | TERMINA. |

## 5.0 Descripción del procedimiento



## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1. Ley General de Salud.** (D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.2. Ley de Asistencia Social.** (D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.3. Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.** (D.O.F. 29 de mayo de 2000. Última reforma 19 de agosto de 2010). |
| **6.4 Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.** (D.O.F. 11 de junio de 2003. Última reforma 27 de noviembre de 2007). |
| **6.5 Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.** (D.O.F. 25 de junio de 2002. Última reforma 24 de junio de 2009). |
| **6.6 Ley General de Población.** (D.O.F. 07 de Enero de 1974. Ultima reforma 25 de Mayo de 2011). |
| **6.7 Ley de Migración.** (D.O.F. 25 de mayo de 2011). |
| **6.8 Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.** (D.O.F. 01 de Febrero de 2007. Última reforma 28 de Enero de 2011) |
| **6.9 Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.** (D.O.F. 30 de mayo de 2011). |
| **6.10 Ley para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas.** (D.O.F. 27 de noviembre de 2007. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.11. Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.** (D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.12. Convención sobre los Derechos del Niño.** (D.O.F. 25 de enero de 1991). |
| **6.13 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**. (D.O.F. 2 de Mayo de 2008). |
| **6.14. Programa Sectorial de Salud 2007-2012** (D.O.F. 17 de enero de 2008). |
| **6.15 Reglamento del Consejo Ciudadano Consultivo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.** (D.O.F. 29 de Noviembre de 2006. Última reforma 16 Junio de 2010). |
| **6.16 Decreto por el que se crea el Sistema Nacional de Guarderías y Estancias Infantiles.** (D.O.F. 10 de Mayo de 2007). |
| **6.17 Norma Oficial Mexicana** 173-SSA1-1998 para la Atención a Personas con Discapacidad. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999.) |
| **6.18 Norma Oficial Mexicana** 167 SSA-1-1997 para la prestación de Servicios de Asistencia Social, para Menores y Adultos Mayores. (D.O.F. 17 de Noviembre de 1999). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## 7.0 Glosario

**7.1 Comité:** Instancia cuya responsabilidad es garantizar el desarrollo de investigación por el personal del Centro; acordando criterios y estrategias conforme a los recursos y necesidades del Centro. Estará representado por un Presidente, un Secretario Ejecutivo y cuatro Vocales internos y 2 externos.

**7.2 Investigación:** búsqueda **intencionada de conocimientos o soluciones a problemas que pueden ser de carácter** cultural **o científico** para modificar o bien añadir nuevos conocimientos a los ya existentes.

**7.3 Acta Constitutiva**: Documento donde quedan registrados los nombramientos de los integrantes del Comité.

**7.4** Presidente del Comité: Asignación obligatoria al Director y/o Coordinador General del Centro.

**7.5.1** Representar al Comité Local

**7.5.2** Autorizar el orden del día de las sesiones

**7.5.3** Dirigir los acuerdos de cada sesión.

**7.5.4** Verificar el cumplimiento de acuerdos y resoluciones así como seguimiento y evaluación de los mismos.

**7.5.5** Autorizar el Programa Operativo de enseñanza e investigación y enviarlo a la Dirección de Rehabilitación.

**7.5.6** Promover la obtención de recursos para el cumplimiento de las funciones del Comité

**7.5.7** Firmar la documentación oficial expedida por el Comité

**7.5.8** Proponer los asuntos a tratar en las sesiones

**7.5.9** Las demás inherentes que coadyuven al cumplimiento de los propósitos del Comité

**7.6** Secretario Ejecutivo: Asignación obligatoria al Jefe del Departamento de Enseñanza.

**7.6.1** Suplir en funciones al Presidente.

**7.6.2** Acordar con el Presidente el calendario de sesiones.

**7.6.3** Presidir las sesiones en ausencia del Presidente.

## 8.0 Anexos

## RELACION DE FORMATOS A UTILIZARSE EN EL PROCEDIMIENTO.

**8.1** - Formato Acta constitutiva del comité local de Investigación

**8.2** - Formato Acta constitutiva del comité local de Bioética

## 8.1 Acta constitutiva del comité local de Bioética

**UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL**
**DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**
**DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN**

**INVESTIGACIÓN EN DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN INTEGRAL**

**ACTA CONSTITUTIVA**
**Del**

# COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN

## Instructivo de llenado

En la ciudad de _____(1)_____, siendo las __(2)__ horas del día _____(3)_____ del mes de enero del año 200_(4)__, se reúnen en la _____(5)_____ del Centro de Rehabilitación _____(6)_____, ubicado en _____(7)_____, el _____(8)_____ Director o Coordinador General; el _____(9)_____ Jefe de Departamento de Enseñanza e Investigación; el C. _____(10)_____, (médico); el C. _____(11)_____, (médico o paramédico); el C. _____(12)_____ (médico o paramédico), y los CC. _____(13)_____ (asesores externos).

**A fin de constituir el Comité Local de Investigación del Centro de Rehabilitación _____(14)_____ durante el ciclo 200__(15)__ - 200__(16)__, quien aplicará la normatividad emitida por la Dirección General de Rehabilitación en materia de Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral que se desarrolle en el Centro; de acuerdo a los siguientes nombramientos:**

### PRESIDENTE

Dr. _____(17)_____
Director o Coordinador General del Centro de Rehabilitación _____(18)_____

### SECRETARIO EJECUTIVO

Dr. _____(19)_____
Jefe de Departamento de Enseñanza e Investigación del Centro de Rehabilitación _____(20)_____

### VOCAL

C. _____(21)_____
(médico) del Centro de Rehabilitación _____(22)_____

### VOCAL

C. _____(23)_____
(médico o paramédico) del Centro de Rehabilitación _____(24)_____

**VOCAL**

C. _____(25)_____
(médico o paramédico) del Centro de
Rehabilitación _____(26)_____

**ASESOR EXTERNO**

C. _____(27)_____

**ASESOR EXTERNO**

C. _____(28)_____

**ASESOR EXTERNO**

C. _____(29)_____

# ACTA CONSTITUTIVA
# del
# COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN

## INSTRUCTIVO DE LLENADO

| NÚMERO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| 1 | Ciudad donde se ubica en Centro |
| 2 | Hora en que se firma el Acta Constitutiva |
| 3 | Día en que se firma el Acta Constitutiva |
| 4 | Último dígito del año en que se firma el Acta Constitutiva |
| 5 | Oficina, área, etc. Del Centro, donde se firma el Acta Constitutiva |
| 6 | Nombre del Centro |
| 7 | Domicilio del Centro |
| 8 | Nombre del Director o Coordinador General del Centro |
| 9 | Nombre del Jefe de Departamento de Enseñanza e Investigación del Centro |
| 10 | Nombre del Médico adscrito al Centro que fungirá como Vocal del Comité |
| 11 | Nombre del Médico o Paramédico (Terapista, Psicólogo, Trabajador Social) adscrito al Centro que fungirá como Vocal del Comité |
| 12 | Nombre del Médico o Paramédico (Terapista, Psicólogo, Trabajador Social) adscrito al Centro que fungirá como Vocal del Comité |
| 13 | Nombre de tres Asesores Externos, no adscritos al Centro |
| 14 | Nombre del Centro |
| 15 | Último dígito del año en que se firma el Acta |

| NÚMERO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| 16 | Último dígito del año en que terminará la vigencia del Acta |
| 17 | Nombre del Director o Coordinador General del Centro |
| 18 | Nombre del Centro |
| 19 | Nombre del Jefe de Departamento de Enseñanza e Investigación del Centro |
| 20 | Nombre del Centro |
| 21 | Nombre del Médico adscrito al Centro que fungirá como Vocal del Comité |
| 22 | Nombre del Centro |
| 23 | Nombre del Médico o Paramédico (Terapista, Psicólogo, Trabajador Social) adscrito al Centro que fungirá como Vocal del Comité |
| 24 | Nombre del Centro |
| 25 | Nombre del Médico o Paramédico (Terapista, Psicólogo, Trabajador Social) adscrito al Centro que fungirá como Vocal del Comité |
| 26 | Nombre del Centro |
| 27 | Nombre del Asesor Externo |
| 28 | Nombre del Asesor Externo |
| 29 | Nombre del Asesor Externo |

## 8.2 Acta Constitutiva del Comité Local de Bioética

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

**UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL**
**DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**
**DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN**

**INVESTIGACIÓN EN DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN INTEGRAL**

### ACTA CONSTITUTIVA DEL COMITÉ LOCAL DE BIOÉTICA INSTRUCTIVO DE LLENADO

En la ciudad de _____(1)_____, siendo las ___(2)____ horas del día _____(3)_____ del mes de enero del año 200_(4)_, se reúnen en la _____(5)_____ del Centro de Rehabilitación _____(6)_____, ubicado en _____(7)_____, el _____(8)_____ Director o Coordinador General; el _____(9)_____ Jefe de Departamento de Valoración y Tratamiento; el C. _____(10)_____, (paramédico); el C. _____(11)_____, (paramédico); y los CC. _____(12)_____ (asesores externos).

**A fin de constituir el Comité Local de Ética y Bioseguridad del Centro de Rehabilitación _____(13)_____ durante el ciclo 200_(14)_ - 200 _(15)_, quien aplicará la normatividad emitida por la Dirección General de Rehabilitación en materia de Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral que se desarrolle en el Centro; de acuerdo a los siguientes nombramientos:**

**PRESIDENTE**

Dr. _____(16)_____
Director o Coordinador General del Centro de Rehabilitación _____(17)_____

**SECRETARIO EJECUTIVO**

Dr. _____(18)_____
Jefe de Departamento de Valoración y Tratamiento del Centro de Rehabilitación _____(19)_____

**VOCAL**

**VOCAL**

C. _____(20)_____
(paramédico) del Centro de Rehabilitación _____(21)_____
**ASESOR EXTERNO**

C. _____(22)_____
(paramédico) del Centro de Rehabilitación _____(23)_____
**ASESOR EXTERNO**

C. _____(24)_____

C. _____(25)_____

# ACTA CONSTITUTIVA
# DEL
# COMITÉ LOCAL DE BIOÉTICA

## INSTRUCTIVO DE LLENADO

| NÚMERO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| 1 | Ciudad donde se ubica en Centro |
| 2 | Hora en que se firma el Acta Constitutiva |
| 3 | Día en que se firma el Acta Constitutiva |
| 4 | Año en que se firma el Acta Constitutiva |
| 5 | Oficina, área, etc. Del Centro, donde se firma el Acta Constitutiva |
| 6 | Nombre del Centro |
| 7 | Domicilio del Centro |
| 8 | Nombre del Director o Coordinador General del Centro |
| 9 | Nombre del Jefe de Departamento de Valoración y Tratamiento del Centro |
| 10 | Nombre del Paramédico (Terapista, Psicólogo, Trabajador Social) adscrito al Centro que fungirá como Vocal del Comité |
| 11 | Nombre del Paramédico (Terapista, Psicólogo, Trabajador Social) adscrito al Centro que fungirá como Vocal del Comité |
| 12 | Nombre de dos Asesores Externos, no adscritos al Centro |
| 13 | Nombre del Centro |
| 14 | Último dígito del año en que se firma el Acta |
| 15 | Último dígito del año en que terminará la vigencia del Acta |

| NÚMERO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| 16 | Nombre del Director o Coordinador General del Centro |
| 17 | Nombre del Centro |
| 18 | Nombre del Jefe de Departamento de Valoración y Tratamiento del Centro |
| 19 | Nombre del Centro |
| 20 | Nombre del Paramédico (Terapista, Psicólogo, Trabajador Social) adscrito al Centro que fungirá como Vocal del Comité |
| 21 | Nombre del Centro |
| 22 | Nombre del Paramédico (Terapista, Psicólogo, Trabajador Social) adscrito al Centro que fungirá como Vocal del Comité |
| 23 | Nombre del Centro |
| 24 | Nombre del Asesor Externo |
| 25 | Nombre del Asesor Externo |

# 24.- PROCEDIMIENTO PARA APROBAR EL PROGRAMA ANUAL DE INVESTIGACIÓN EN DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN INTEGRAL

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACÍON | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN,<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Describir las actividades requeridas para la aprobación del programa anual de Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral en los Centros dependientes de la Dirección General de Rehabilitación, en apego a la normatividad aplicable.

## 2.0 Alcance

Aplica a la Dirección General de Rehabilitación, Dirección de Rehabilitación, Subdirección de Enseñanza e Investigación y Centros de Rehabilitación de dependencia directa, centralizados y descentralizados del SNDIF.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

### 3.1 Subdirección de Enseñanza e Investigación:

Solicita al Coordinador General del Centro de Rehabilitación el acta constitutiva del Comité Local de Investigación y/o Bioética

### 3.2 Subdirección de Área (Coordinador del Centro de Rehabilitación):

Elabora y envía el Acta Constitutiva del Comité Local de Investigación y/o Bioética del Centro de Rehabilitación.

### 3.3 Dirección General de Rehabilitación

Respecto a los documentos publicados en la Normateca Interna de la Institución, es responsabilidad de la Dirección General de Rehabilitación, la actualización permanente de los mismos mediante la publicación de los documentos revisados y actualizados por las áreas de competencia en apego a las disposiciones vigentes.

Al tenor de la política anterior, aquellos documentos que se emitan por primera vez y los que resulten de alguna modificación, se deberán sujetar a las disposiciones vigentes para su elaboración y al procedimiento establecido para su dictamen por el Comité de Mejora Regulatoria Interno.

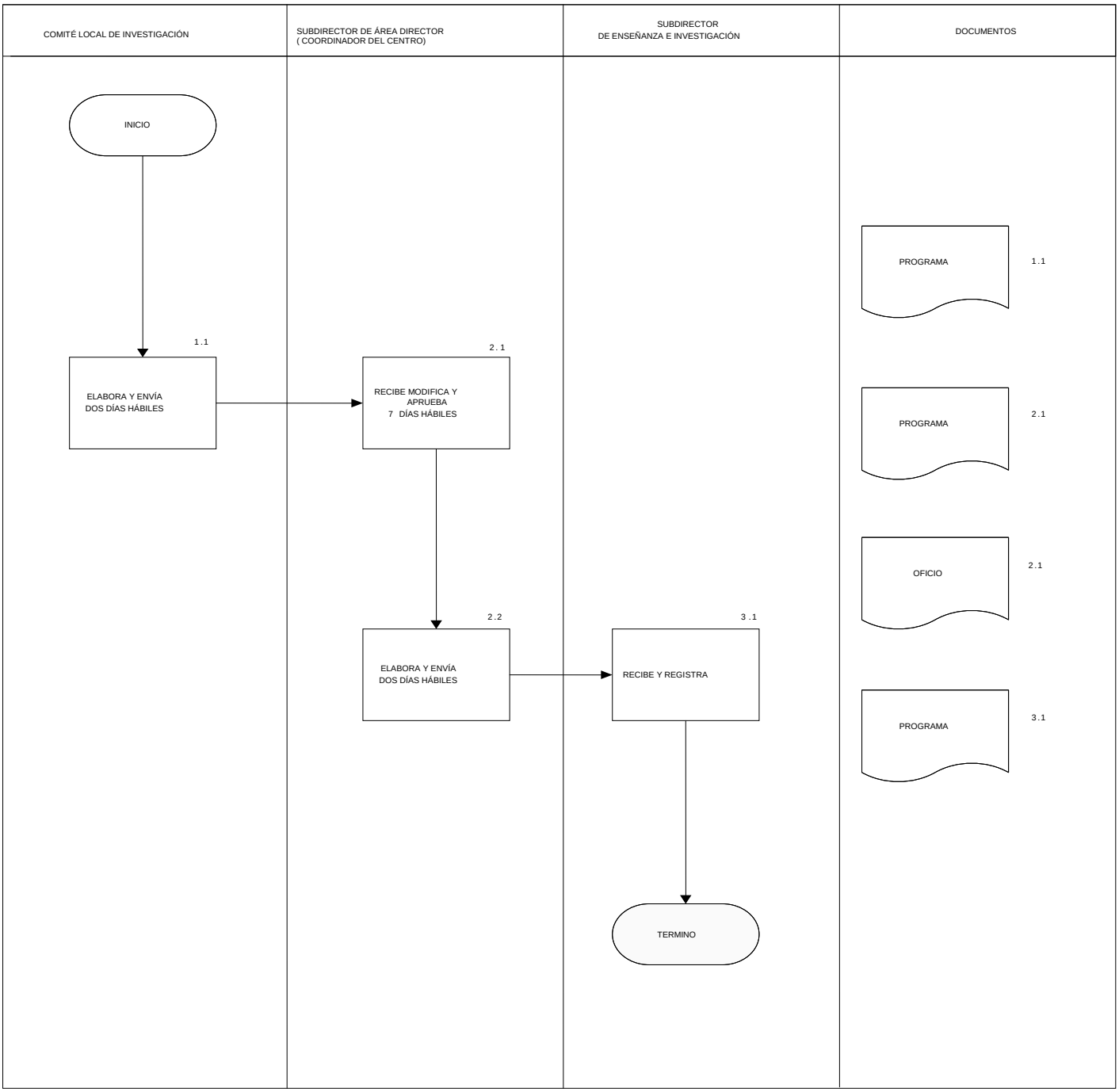
Se debe mantener actualizados los presentes procedimientos, a través de revisiones periódicas y cuando algún área de la Dirección General de Rehabilitación o Unidad Administrativa del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia proponga modificaciones a los presentes procedimientos, motivados por alguna mejora en el desarrollo del procedimiento o cambios en la Estructura Orgánica de la Entidad.

Para que las modificaciones a los presentes procedimientos surtan efecto, éstas deberán ser validadas por las áreas competentes y dictaminadas de manera favorable por el Comité de Mejora Regulatoria Interno y, en su caso, autorizadas por la Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. En tal situación, se considerará viable la incorporación de los documentos de que se trate a la Normateca Interna de la Institución.

## 4.0 Descripción del procedimiento

| UNIDAD QUE INTERVIENE | ACT. No. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|
| COMITÉ LOCAL | 1.1 | Elabora la propuesta de Programa Anual de Investigación, basándose en los lineamientos emitidos por la Dirección de Rehabilitación, para consideración del Director o Coordinador General (Presidente) 1 día hábil |
| SUBDIRECTOR DE ÁREA (PRESIDENTE). | 2.1 | Recibe, modifica y/o aprueba la propuesta, 1 día hábil |
| SUBDIRECOR DE ÁREA (PRESIDENTE). | 2.2 | Elabora oficio y envía Programa Anual de Investigación a la Dirección de Rehabilitación para revisión y turno a la Subdirección de Enseñanza e Investigación para aprobación, registro y seguimiento través del formato guía para la revisión de proyecto de investigación 1 día hábil |
| SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN | 3.1 | Recibe, aprueba y registra en el formato programa de enseñanza e Investigación 1 día hábil |
| | | TERMINA. |

## 5.0 Diagrama de Flujo



## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1** Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.<br>(D.O.F. 29 de diciembre de 1976. Última reforma 17 de junio de 2009). |
| **6.2** Ley General de Salud.<br>(D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.3** Ley de Asistencia Social.<br>(D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.4** Ley de Coordinación Fiscal.<br>(D.O.F. 27 de Diciembre de 1978. Última reforma 24 de Junio de 2009). |
| **6.5** Ley de Planeación.<br>(D.O.F. 5 de enero de 1983. Última reforma 20 de junio de 2011). |
| **6.6** Ley Federal de las Entidades Paraestatales.<br>(D.O.F. 14 de mayo de1986. Última reforma 28 de noviembre de 2008). |
| **6.7** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de Sector Público.<br>(D.O.F. 4 de enero de 2000. Última reforma 15 de junio de 2011). |
| **6.8** Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.<br>(D.O.F. 13 Marzo del 2002. Última reforma 28 de Mayo de 2009). |
| **6.9** Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.<br>(D.O.F. 11 de junio de 2002. Última reforma 5 de julio de 2010). |
| **6.10** Ley General de Bienes Nacionales.<br>(D.O.F. 20 de mayo de 2004. Última reforma 31 de agosto de 2007). |
| **6.11** Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.<br>(D.O.F. 30 de Marzo de 2006. Última reforma 31 de Diciembre de 2008). |
| **6.12** Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011.<br>(D.O.F. 15 de Octubre de 2010). |
| **6.13** PRESUPUESTO de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011.<br>(D.O.F. 7-12-2010). |
| **6.14** Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.<br>(D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.15** Condiciones Generales de Trabajo (2008-2010). |
| **6.16** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.17** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.18** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## 7. Glosario

**7.1 Programa Anual de Investigación:** Es el conjunto de actividades académicas, de organización, capacitación y actualización en materia de investigación a personas con discapacidad, cuyo objetivo va enfocado a mejorar los servicios a la población con discapacidad, el cual debe ser aprobado por la Subdirección de Enseñanza e Investigación, adscrita a la Dirección de Rehabilitación.

**7.2 Curso de Actualización:** Modalidad educativa que permite la revisión de los conceptos más actuales de uno o varios temas que no están necesariamente relacionados entre sí, que van encauzados a la ampliación o adquisición de conocimientos y/o habilidades y destrezas sobre el tema o temas.

**7.3 Diplomado:** Modalidad educativa que se diferencia de los cursos aislados. Es un conjunto articulado de actividades académicas, cada una de los cuales recibirá el nombre de módulo, que proporcionan conocimientos actuales de un tema y/o capacidades prácticas en relación con el mismo. Entre sus principales objetivos está el actualizar, profundizar y fortalecer conocimientos, habilidades y/o destrezas según sea la población (profesional o técnico).

**7.4 Taller:** Modalidad educativa en la cual se recurre a técnicas individuales y grupales combinadas de manera flexible, con el propósito es elaborar un producto, que sea útil y evaluable, donde los asistentes deberán participar activamente.

**7.5 Seminario:** Técnica grupal que tiene como propósito la investigación científica, el trabajo en equipo, el aprendizaje activo sobre un tema, en sesiones programadas, apoyándose en fuentes originales de información

**7.6 Congreso:** Intercambio de ideas, opiniones y experiencias entre un grupo de personas calificadas en determinada área o capaces de analizar una situación, durante uno o varios días.

**7.7 Sesión General:** En esta reunión participan todos los servicios que brindan atención médica y paramédica para la exposición y análisis de temas de interés general.

**7.8 Sesión Clínica:** Actividad en grupo cuyo propósito es analizar y evaluar diferentes aspectos relacionados con el diagnóstico, tratamiento o evolución de la enfermedad.

**7.9 Sesión Departamental:** Actividad grupal que realiza el personal de un mismo Servicio o Departamento cuyo objetivo es analizar, revisar y discutir temas relacionados con sus actividades.

## 8.0 Anexos

**8.1** Programa Anual de Investigación Contenido

**8.2** Programa Anual de Investigación Programación de Actividades

**8.3** Programa Anual de Investigación Programación de Actividades

**8.4** Programa Anual de Investigación Programación de Actividades

**8.5** Programa Anual de Investigación Programación de Actividades

## 8.1 Programa Anual de Investigación Contenido

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación

**Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral**

# PROGRAMA ANUAL DE INVESTIGACIÓN

**CONTENIDO**

## CONTENIDO


1. Portada
2. Índice
3. Introducción
4. Justificación
5. Objetivo
    - Objetivos específicos
6. Recursos
    - Humanos
    - Materiales
    - Financieros
7. Programación
    - Actividades de Investigación (formato anexo)
    - Actividades para la Investigación (formato anexo)
8. Seguimiento y Control


**Sistemas y Métodos de Evaluación**

# PROGRAMA ANUAL DE INVESTIGACIÓN

## CONTENIDO

## Instructivo de llenado

| CAPÍTULO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| PORTADA | Anotar el título completo del documento y nombre del Centro. |
| ÍNDICE | Indicar la relación de capítulos y subcapítulos que estructuran el documento; con número arábigo progresivo. |
| INTRODUCCIÓN | Exponer brevemente el propósito para el cual fue elaborado el programa; describiendo el panorama general del contenido. |
| JUSTIFICACIÓN | Se exponen las causas y fundamentos por los cuales el Centro lleva a cabo las actividades de Investigación |
| OBJETIVO | Describir claramente el fin que se pretende alcanzar, mediante la realización de una sola operación. La descripción del objetivo inicia con uno o más verbos en infinitivo, evitando el uso de adjetivos calificativos. Asimismo, debe ser medible y observable; y en su redacción debe especificarse el QUÉ, QUIÉN, CÓMO y PARA QUÉ. |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | Se refieren al fin que se pretende alcanzar, enunciando varios propósitos desprendidos del Objetivo General.<br>Estos objetivos ponen de manifiesto el más alto grado de unanimidad y precisión y no admiten alternativas.<br>Se redacta inicialmente un verbo activo que represente la actividad a realizar, se complementa la acción expresada por el verbo con los acusativos que la reciban y se termina con el tipo de actuación o nivel de realización enunciándose los criterios y condiciones que acompañen a la acción. |

## 8.2 Programa Anual de Investigación Programación de Actividades

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación

**Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral**

**PROGRAMA ANUAL DE INVESTIGACIÓN**

**Programación de Actividades**

| ACTIVIDADES PARA LA INVESTIGACIÓN (CONVENIOS, ACUERDOS, CURSOS, CLASES, SESIONES, PLÁTICAS, OTRAS) | enero | febrero | marzo | abril | mayo | junio | julio | agosto | septiembre | octubre | noviembre | diciembre |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación

**Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral**

**PROGRAMA ANUAL DE INVESTIGACIÓN**

**Programación de Actividades**
**Instructivo de llenado**

| ACTIVIDADES PARA LA INVESTIGACIÓN (CONVENIOS, ACUERDOS, CURSOS, CLASES, SESIONES, PLÁTICAS, OTRAS) | enero | febrero | marzo | abril | mayo | junio | julio | agosto | septiembre | octubre | noviembre | diciembre |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (1) | (2) | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

# PROGRAMA ANUAL DE INVESTIGACIÓN

## Programación de Actividades

## Instructivo de llenado

| NÚMERO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| 1 | Enlistar en cada fila, las actividades que lleve a cabo el Centro para el fortalecimiento de la investigación tales como:<br>Convenios de Colaboración con Instituciones, Organismos, Asociaciones, etc.<br>Cursos de Metodología de Investigación, Bioética, Estadística, etc.<br>Sesiones del Comité Local de Investigación y del Comité Local de Bioética; y otras destinadas a la investigación, etc.<br>Conferencias<br>Etc. |
| 2 | Cuantificar para cada mes del año, el número de actividades por tipo |

# ANEXO 4-B

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación
**Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral**

**PROGRAMA ANUAL DE INVESTIGACIÓN**
**Programación de Actividades**

| ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN (PROTOCOLOS, INVESTIGACIONES, OTROS) | enero | febrero | marzo | abril | mayo | junio | julio | agosto | septiembre | octubre | noviembre | diciembre |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Protocolos elaborados | (1) | | | | | | | | | | | |
| Protocolos aprobados | | | | | | | | | | | | |
| Protocolos autorizados | | | | | | | | | | | | |
| Investigaciones desarrolladas | | | | | | | | | | | | |
| Investigaciones presentadas | | | | | | | | | | | | |
| Investigaciones publicadas | | | | | | | | | | | | |
| Asesorías | | | | | | | | | | | | |
| Otros | | | | | | | | | | | | |

# PROGRAMA ANUAL DE INVESTIGACIÓN

## Programación de Actividades

## Instructivo de llenado

| NÚMERO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| 1 | Cuantificar para cada mes del año, el número de actividades por tipo, según listado de la columna izquierda |

# 25.- PROCEDIMIENTO PARA AUTORIZAR LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN SUJETOS O NO A CONSIDERACIONES BIOÉTICAS EN DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN INTEGRAL

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Describir las actividades requeridas para la autorización, de proyectos de Investigación sujetos o no a consideraciones bioéticas en Discapacidad y Rehabilitación Integral en los Centros dependientes de la Dirección de Rehabilitación, con la finalidad de desarrollar investigaciones con los criterios internacionales en la materia, susceptibles de adaptar y replicar en los centros de rehabilitación.

## 2.0 Alcance

Aplica a la Dirección General de Rehabilitación, Dirección de Rehabilitación, Subdirección de Enseñanza e Investigación y Centros de Rehabilitación de dependencia directa, centralizados y descentralizados del SNDIF.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

### 3.1 Subdirección de Enseñanza e Investigación:

Solicita al Coordinador General del Centro de Rehabilitación el acta constitutiva del Comité Local de Investigación y/o Bioética

### 3.2 Subdirección de Área (Coordinador del Centro de Rehabilitación):

Elabora y envía el Acta Constitutiva del Comité Local de Investigación y/o Bioética del Centro de Rehabilitación.

### 3.3 Dirección General de Rehabilitación

Respecto a los documentos publicados en la Normateca Interna de la Institución, es responsabilidad de la Dirección General de Rehabilitación, la actualización permanente de los mismos mediante la publicación de los documentos revisados y actualizados por las áreas de competencia en apego a las disposiciones vigentes.

Al tenor de la política anterior, aquellos documentos que se emitan por primera vez y los que resulten de alguna modificación, se deberán sujetar a las disposiciones vigentes para su elaboración y al procedimiento establecido para su dictamen por el Comité de Mejora Regulatoria Interno.

Se debe mantener actualizados los presentes procedimientos, a través de revisiones periódicas y cuando algún área de la Dirección General de Rehabilitación o Unidad Administrativa del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia proponga modificaciones a los presentes procedimientos, motivados por alguna mejora en el desarrollo del procedimiento o cambios en la Estructura Orgánica de la Entidad.

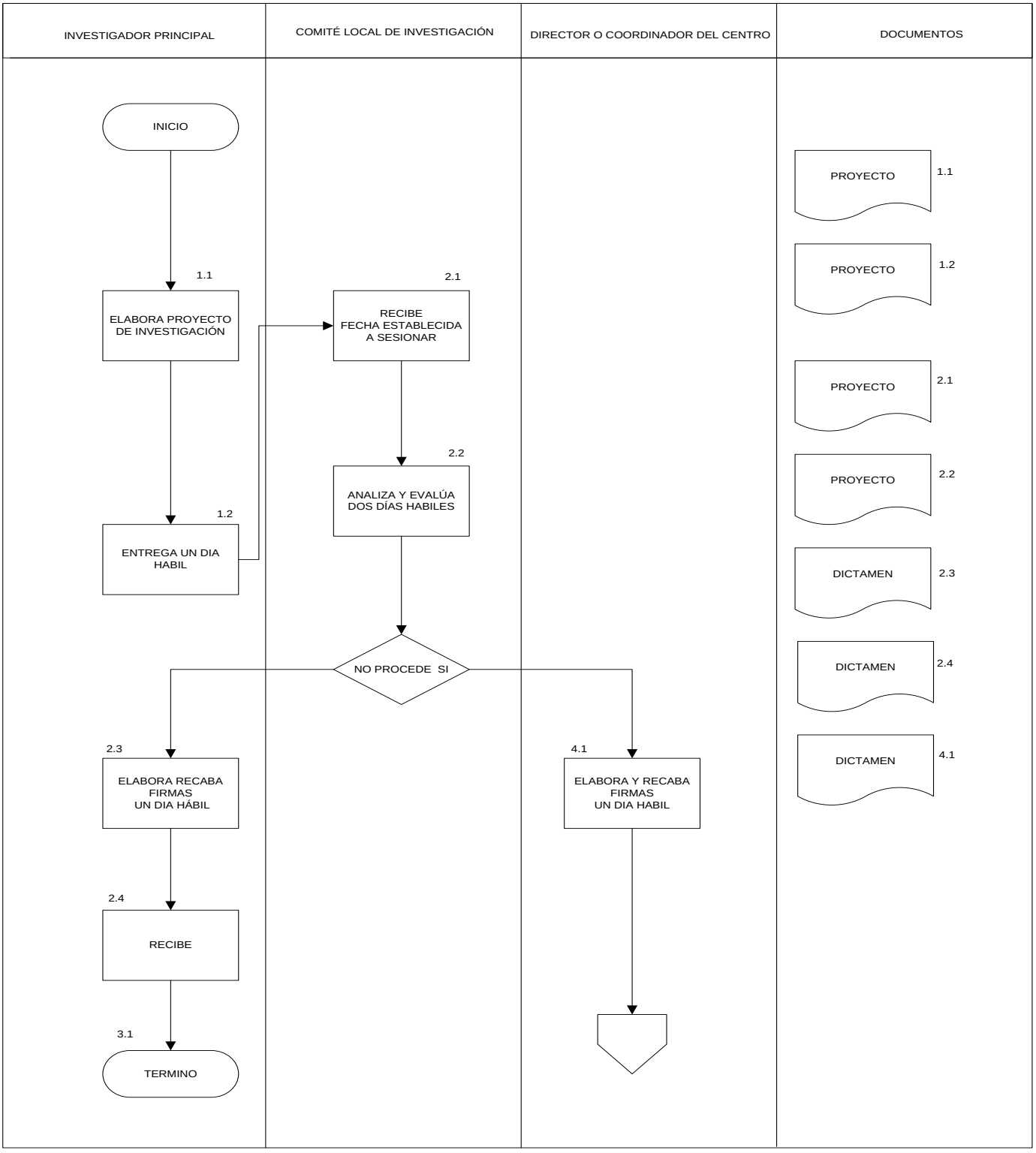
Para que las modificaciones a los presentes procedimientos surtan efecto, éstas deberán ser validadas por las áreas competentes y dictaminadas de manera favorable por el Comité de Mejora Regulatoria Interno y, en su caso, autorizadas por la Titulas del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. En tal situación, se considerará viable la incorporación de los documentos de que se trate a la Normateca Interna de la Institución.

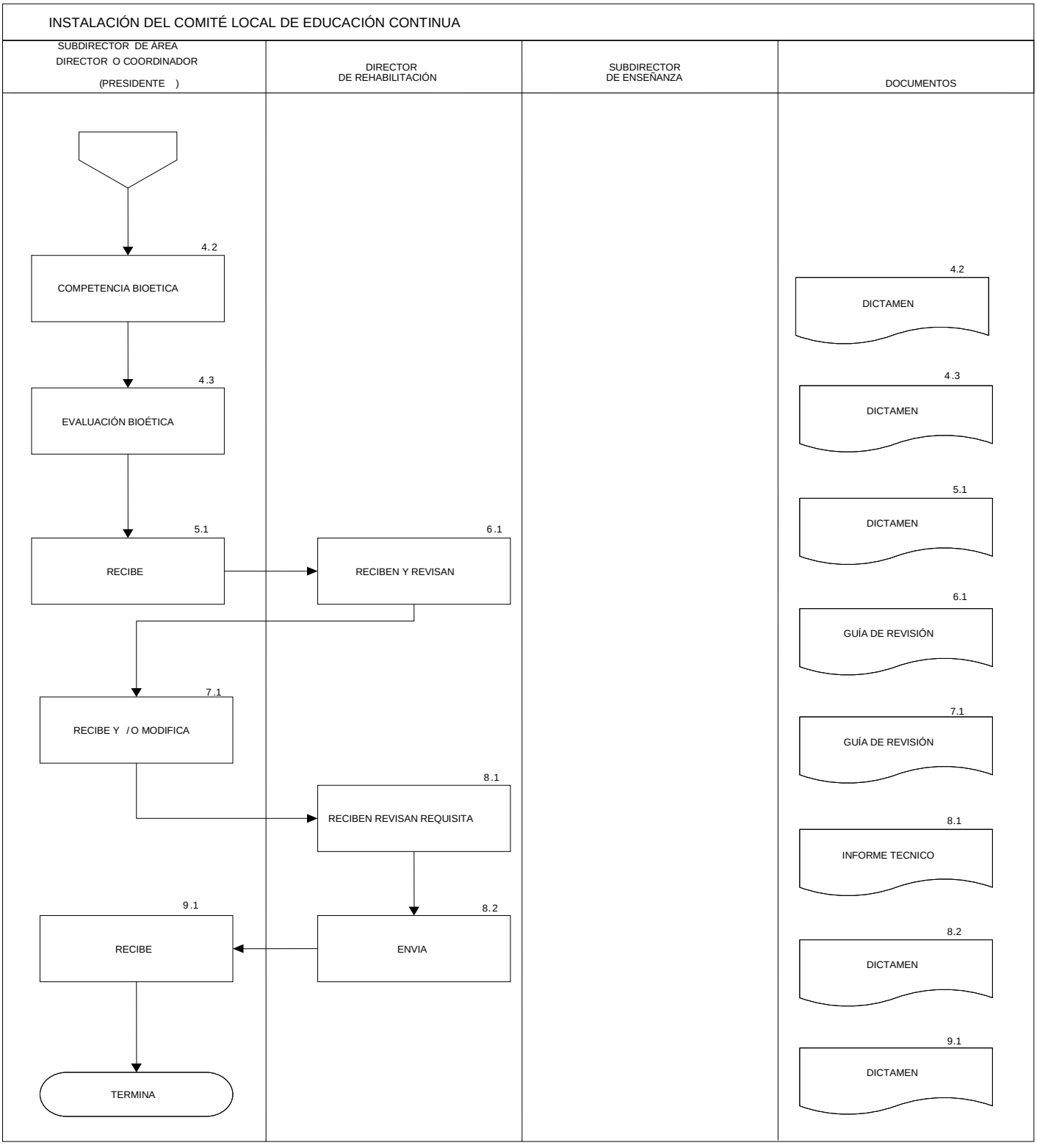
## 4.0 Descripción del procedimiento

| UNIDAD QUE INTERVIENE | ACT. No. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|
| INVESTIGADOR PRINCIPAL | 1.1 | Elabora Proyecto de Investigación basándose en el formato *Proyecto de Investigación*. |
| | 1.2 | Entrega original y copia al Presidente del Comité Local de Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral. |
| COMITÉ LOCAL | 2.1 | Director o Coordinador General (Presidente) recibe en fecha establecida para sesionar, revisa Proyecto de Investigación basándose en la *Guía para la Evaluación de Proyectos de Investigación* para su discusión ante el Comité Local de Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral. |
| | 2.2 | Comité Local analiza y discute el dictamen de los revisores. |
| | 2.3 | NO PROCEDE |
| | 2.4 | Comité Local elabora acta, recaba firmas y anexa dictamen para notificación por escrito al Investigador Principal y archiva acta. |
| INVESTIGADOR PRINCIPAL | 3.1 | Recibe dictamen. |
| | 3.2 | TERMINA |

| UNIDAD QUE INTERVIENE | ACT. No. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|
| | | PROCEDE |
| COMITÉ LOCAL | 4.1 | Comité Local elabora acta, recaba firmas y anexa dictamen para notificación por escrito al Investigador Principal. 1 día hábil |
| | 4.2 | En caso de que el dictamen establezca que el Protocolo de Investigación se considere de la competencia del Comité Local de Bioética en Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral, se le enviarán por escrito a dicho Comité. 1 día hábil |
| | 4.3 | El comité de bioética autoriza el proyecto de investigación y envía al comité local de Investigación en discapacidad y rehabilitación integral. 1 día hábil |
| INVESTIGADOR PRINCIPAL | 5.1 | Recibe dictamen de aprobación, desarrolla la Investigación y envía mensualmente al Comité Local (Revisores), el avance de la investigación. 1 día hábil |
| COMITÉ LOCAL | 6.1 | Revisores (Vocales) reciben y revisan el avance de la investigación, requisitando la *Guía de Revisión de Proyecto de Investigación* que entregan al Investigador Principal y regresa la investigación. 1 día hábil |
| INVESTIGADOR PRINCIPAL | 7.1 | Recibe *Guía*, en su caso modifica, continúa la investigación y envía a los revisores, el Informe Técnico Final de Investigación. 1 día hábil |
| COMITÉ LOCAL | 8.1 | Revisores (Vocales) reciben y revisan el *Informe Técnico Final* de investigación, requisitando la *Guía de Revisión del Informe Técnico Final de Investigación. 1 día hábil* |
| COMITÉ LOCAL | 8.2 | Secretario Ejecutivo envía dictamen al Investigador Principal e integra y envía el Informe Anual de Investigación al Director o Coordinador General (Presidente) para conocimiento de la Subdirección de Rehabilitación, y revisión y turno al Subdirector de enseñanza e Investigación. 1 día hábil |
| INVESTIGADOR PRINCIPAL | 9.1 | Recibe acta y dictamen. 1 día hábil<br><br>TERMINA. |

## 5.0 Diagrama de Flujo




INSTALACIÓN DEL COMITÉ LOCAL DE EDUCACIÓN CONTINUA
SUBDIRECTOR DE ÁREA
DIRECTOR O COORDINADOR
(PRESIDENTE )
DIRECTOR
DE REHABILITACIÓN
SUBDIRECTOR
DE ENSEÑANZA
DOCUMENTOS
4.2
COMPETENCIA BIOETICA
4.3
EVALUACIÓN BIOÉTICA
5.1
RECIBE
6.1
RECIBEN Y REVISAN
7.1
RECIBE Y / O MODIFICA
8.1
RECIBEN REVISAN REQUISITA
9.1
RECIBE
8.2
ENVIA
TERMINA
4.2
DICTAMEN
4.3
DICTAMEN
5.1
DICTAMEN
6.1
GUÍA DE REVISIÓN
7.1
GUÍA DE REVISIÓN
8.1
INFORME TECNICO
8.2
DICTAMEN
9.1
DICTAMEN

## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1** Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.<br>(D.O.F. 29 de diciembre de 1976. Última reforma 17 de junio de 2009). |
| **6.2** Ley General de Salud.<br>(D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.3** Ley de Asistencia Social.<br>(D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.4** Ley de Coordinación Fiscal.<br>(D.O.F. 27 de Diciembre de 1978. Última reforma 24 de Junio de 2009). |
| **6.5** Ley de Planeación.<br>(D.O.F. 5 de enero de 1983. Última reforma 20 de junio de 2011). |
| **6.6** Ley Federal de las Entidades Paraestatales.<br>(D.O.F. 14 de mayo de1986. Última reforma 28 de noviembre de 2008). |
| **6.7** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de Sector Público.<br>(D.O.F. 4 de enero de 2000. Última reforma 15 de junio de 2011). |
| **6.8** Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.<br>(D.O.F. 13 Marzo del 2002. Última reforma 28 de Mayo de 2009). |
| **6.9** Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.<br>(D.O.F. 11 de junio de 2002. Última reforma 5 de julio de 2010). |
| **6.10** Ley General de Bienes Nacionales.<br>(D.O.F. 20 de mayo de 2004. Última reforma 31 de agosto de 2007). |
| **6.11** Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.<br>(D.O.F. 30 de Marzo de 2006. Última reforma 31 de Diciembre de 2008). |
| **6.12** Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011.<br>(D.O.F. 15 de Octubre de 2010). |
| **6.13** PRESUPUESTO de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011.<br>(D.O.F. 7-12-2010). |
| **6.14** Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.<br>(D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.15** Condiciones Generales de Trabajo (2008-2010). |
| **6.16** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.17** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.18** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## 7.0 Glosario

**7.1 Investigación** es una búsqueda de conocimientos ordenada, coherente, de reflexión analítica y confrontación continua de los datos empíricos y el pensamiento abstracto, a fin de explicar los fenómenos de la naturaleza

**7.2.- Proyecto de Investigación**: Documento en el cual el investigador expresa en lenguaje científico y por anticipado la investigación que está interesado en realizar

**7.3- Diseño de investigación**, *plan de trabajo o acción a seguir* para garantizar que realmente vamos a recoger, de un modo adecuado, toda la información necesaria para poner a prueba (contrastar) lo que predicen nuestras hipótesis de partida. en un documento con características especiales, lenguaje científico, ubicación temporal, lineamientos globales y provisión de recursos.

**7.4. Metodología**, Descripción sistematizada y detallada de las actividades que se desarrollarán para la realización del proyecto De manera que pueda reproducirse

## 8.0 Anexos

**8.1.-** Estructura de proyectos de investigación

**8.2**.- Guía para la evaluación de proyectos de investigación

**8.3**.- Guía para revisión de proyectos de investigación

**8.4**.- Carta consentimiento informado para proyectos de investigación

**8.5**.- Guía para evaluación de proyectos de investigación sujetos a consideraciones bioéticas

**8.6**.- Carta consentimiento informado para proyectos de investigación pacientes que no puedan decidir por si mismos

## 8.1 - Estructura de proyectos de investigación, e instructivo de llenado

**1-C**

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación

**Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral**

**ESTRUCURA**

### *PROYECTO DE INVESTIGACIÓN*

TITULO.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR.

ASESOR RESPONSABLE Y ASOCIADOS INTERNOS Y EXTERNOS.

INTRODUCCIÓN.

JUSTIFICACIÓN.

ANTECEDENTES.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

MARCO TEÓRICO.

OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS.

HIPÓTESIS.

VARIABLES.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

TIPO DE ESTUDIO

**SITIO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.**

POBLACIÓN Y/O MUESTRA.

**7.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

RECURSOS

HUMANOS.

MATERIALES.

FINANCIEROS.

FORMATOS PARA LA CAPTACIÓN DE DATOS.

PERIODO EN QUE SE LLEVARÁ A CABO EL ESTUDIO.

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.**

PROGRAMA DE TRABAJO.

PRUEBA DE CAMPO O ENSAYO.

PRUEBAS PARA EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

## *ESTRUCTURA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN*

### Instructivo de llenado

| CAPÍTULO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| TITULO | Título del Proyecto de Investigación; tiene que ver con el problema de estudio, debe tener las variables a estudiar (mismas del problema). Generalmente no debe exceder de 16 palabras: claro, preciso, conciso, factible de realizarse, apegado a la realidad, sin abreviaturas, interesante e innovador). |
| NOMBRE DEL INVESTIGADOR | Nombre completo (nombre y apellidos) del (los) Investigador (es) |
| INTRODUCCIÓN | Son los aspectos teóricos relevantes de la investigación: resumen de los antecedentes históricos, ubicación del problema, motivación para realizar la investigación, conceptualiza brevemente el tema, incluye datos relevantes de la metodología utilizada, objetivo y justificación de la investigación. |
| JUSTIFICACIÓN | Exponer el argumento que explica los beneficios que trae consigo la investigación, así como su relevancia para el Centro, la Institución, el País, y la Ciencia. Considerando los elementos de magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, factibilidad de problema a resolver. |
| ANTECEDENTES | Señalar la revisión de la bibliografía publicada, relacionada con el tema en cuestión y referirse a los puntos más relevantes.<br>Debe incluirse por lo menos cinco referencias bibliográficas de los últimos cinco años que tengan relación con el problema planteado y contraponerlos de forma crítica y selectiva. |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | Una investigación se lleva a cabo porque hay algo que no se conoce; por lo que el problema debe ser planteado sin ambigüedad, en forma concisa y precisa, de preferencia en una sola oración interrogativa, que pueda ser contestada afirmativa o negativamente. Si la pregunta no puede contestarse así, podríamos dudar sobre si la investigación debería llevarse a cabo o no. |

## ESTRUCTURA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

### Instructivo de llenado

| CAPÍTULO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| | Los problemas pueden estar determinados por alguno de estos u otros parámetros: alta morbilidad local, nacional, internacional; mortalidad significativa; alta frecuencia de incidencia en el área de trabajo; interés institucional, local o personal; y repercusiones económicas, psicosociales, etc. que el problema ocasiona. |
| MARCO TEÓRICO | Es el apartado donde se presentan las teorías que permiten ubicar al estudio en el área del conocimiento; se plantean los conceptos o enunciados que definen y fundamentan el problema. |
| OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICO | Cada objetivo en sí un fin concreto, inmediato y susceptible de evaluación y constituyen la meta de la investigación<br>Deben ser claros, específicos, pertinentes, realizables y congruentes con la hipótesis.<br>Deben redactarse en forma clara y expresarse en términos medibles (ej. cuantificar, medir, determinar).<br>Deberá existir un objetivo por cada hipótesis |
| HIPÓTESIS | Es la suposición que se admite provisionalmente para obtener de ella una consecuencia.<br>Es una respuesta clara y precisa a la pregunta planteada en el problema.<br>Es una expresión de la relación que hay entre dos variables, y estas expresiones deben indicar claramente la necesidad de verificar o someter a prueba las relaciones supuestas. Deben redactarse en forma afirmativa y respuestas tentativas de solución a los problemas de investigación planteados, ya que vienen a ser los instrumentos de trabajo de la teoría. |
| VARIABLES | *Independiente*.- Representa la causa que se investiga, usualmente es la que el investigador puede controlar.<br>*Dependiente*.- Es aquella en la que se observan el efecto producido por la variable independiente. |

## *ESTRUCTURA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN*

## Instructivo de llenado

| CAPÍTULO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| VARIABLES | *Extraña*.- Surgen cuando existe una variable independiente no relacionada con el propósito de estudio, pero que puede presentar efectos sobre la variable dependiente.<br>Para cada variable se definirá: tipo de variable, definición conceptual, definición operacional, clasificación estadística, escala de medición, si es indicador o índice, definición operacional, consistencia y validez.<br>Asimismo, pueden ser Cualitativas (nominales u ordinales), o Cuantitativas (discontinuas o continuas) |
| DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN | Describir la estructura y estrategia de la investigación; su objetivo es dar respuesta a preguntas. Es el bosquejo, el esquema o modelo de operación de variables.<br>Deberá señalar en la estrategia, la elección de los métodos con los cuales se reunirán y analizarán los datos. |
| TIPO DE ESTUDIO | Definir de acuerdo al control de la maniobra experimental por el investigador, el tipo de estudio:<br>Experimental.- cuando el investigador tiene control sobre la maniobra experimental e interviene directamente en la selección de las condiciones de experimentación, de esta forma controla también las variables extrañas (maneja la variable).<br>Cuasi-experimental.- es un estudio pre-experimental, se controla total o parcialmente la maniobra que se quiere medir pero no se controlan las variables extrañas; y no hay asignación aleatoria.<br>Observacional.- cuando se presencian los fenómenos sin modificar intencionadamente las variables. |
| SITIO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO | Lugar o lugares donde se llevará a cabo la obtención de datos (entrevistas, mediciones, tratamientos, análisis clínicos, etc.); tanto dentro como fuera del Centro. |

## *ESTRUCTURA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN*
## Instructivo de llenado

| CAPÍTULO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| POBLACIÓN Y/O MUESTRA | Se plantean las características, tamaño, selección y ubicación de los sujetos a estudiar.<br>*Criterios de inclusión*.- Son las características que necesariamente deberán tener los sujetos en estudio. Ejemplo: masculino, 5 años de evolución, control con hipoglucemiantes orales, etc.<br>*Criterios de exclusión*.- Todas aquellas características cuya existencia en los sujetos obliga a no incluirlos en el estudio, aún cuando cumplan los criterios de inclusión (no es lo contrario de los criterios de inclusión)<br>*Criterios de eliminación*.- Causas que obligan a retirar a un sujeto después de iniciado el estudio. |
| RECURSOS | Sujetos de estudio.- Son las personas voluntarias, pacientes, órganos, tejidos, preparaciones o animales que se utilizarán; anotando las características como: peso, talla, sexo, edad, etc.<br>Equipo.- Puede clasificarse en aquel que se utilizará para manipular la variable independiente; y el que es necesario para registrar directa o indirectamente a la variable independiente. Se deben reportar las características distintivas de aparatos que se utilicen tanto en los casos en los que se diseña totalmente, como cuando sólo se modifica o adapta el aparato, en este caso se debe dar cuenta en detalle de las modificaciones, en el caso en que se utilicen aparatos de marca, deberá anotarse la marca y el modelo.<br>También son consideradas las calculadoras, grabadoras, equipos de cómputo, tarjetas de clasificación, así como todo elemento que facilite el análisis y recuento de la información que se obtuvo durante las observaciones.<br>Material de consumo.- Todo tipo de recursos materiales de uso cotidiano y perecedero, tales como substancias, papelería, tubos de ensayo, animales, catéteres, parafina, gasas, agujas, etc. |

| CAPÍTULO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| | Recursos humanos.- Comprendido por todo el personal que apoyará adicionalmente: personal de intendencia, capturista de datos, fotógrafo, dibujante, etc.<br><br>Recursos económicos.- Entendido como el costo de cada insumo (material de consumo, pasajes, viáticos, gratificaciones a los sujetos de estudio, etc.). |
| FORMATOS PARA LA CAPTACIÓN DE DATOS | Son los documentos donde se registrará la información sobre las variables (datos personales, niveles, medidas, opiniones, experiencias, etc.) |
| PERIODO EN QUE SE LLEVARÁ A CABO EL ESTUDIO | Señalar la fecha de inicio y término de la investigación incluyendo todas las etapas de la misma. |
| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | Graficar (tabla) la estimación objetiva del tiempo (real), que tardarán en realizarse las actividades necesarias para terminar la investigación. |
| PROGRAMA DE TRABAJO | Es la planeación integral en donde se describen las actividades y procedimientos que desarrollará el (la) investigador desde el inicio al término de la investigación ; señalando qué hará, cómo lo realizará, cuándo lo llevará a cabo y quién es el responsable de realizarlo. |
| PRUEBA DE CAMPO O ENSAYO | También llamada prueba piloto; en la que se debe escribir cuando el trabajo lo amerite, cuáles instrumentos o procedimientos se “probarán” antes de la ejecución del estudio o del experimento y debe realizarse en una muestra semejante al universo del estudio. En caso de ser necesario, en esta se puede determinar el tamaño de la muestra o hacer un ensayo general con todas las personas que participan en el estudio. |

## *ESTRUCTURA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN*

### Instructivo de llenado

| CAPÍTULO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| PRUEBAS PARA EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO | Es el conjunto de herramientas estadísticas que servirán para interpretar los resultados obtenidos de cada variable |
| CONSIDERACIONES ÉTICAS | Exponer los aspectos éticos y legales que salvaguarden la integridad física, psicológica y social de las personas que intervendrán en la investigación. |
| DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS | Publicaciones o ediciones como tesis, revistas, libros y/o eventos donde se darán a conocer los resultados de la investigación. |
| CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO | Es el documento que resumen los datos principales de la investigación (objetivo, riesgos, beneficios y consecuencias) en donde queda asentado que los sujetos de estudio y/o responsables de estos han decidido participar en el estudio; para fines prácticos y legales, previamente autorizados por un Comité de Bioética. |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | Relación de los libros, revistas, tesis y documentos, tanto impresos como electrónicos que el/la (los/las) investigador (es, as) haya (n) leído. Aunque cada revista que va a publicar los resultados de la investigación emite lineamientos para la presentación de las referencias, se recomienda observar las del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. |
| GUÍAS, CUESTIONARIOS, CÉDULAS, PRUEBAS, ETC. | Son los instrumentos como cuestionarios, cédulas de entrevista, pruebas psicológicas, exámenes, escalas, baterías, perfiles, etc. que se utilizarán durante la investigación. |

## 8.2 Guía para la Evaluación de Proyectos de Investigación

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación

**2-C**

**Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral**

## GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

**Instrucciones**: Escriba en la columna de la derecha, si considera que es CORRECTO ó INCOMPLETO.

**CAPÍTULO**

**1.-TÍTULO**

a. Conciso, suficientemente informativo, se ajusta a los objetivos del trabajo, y permite identificar la naturaleza del trabajo. _____

2. TIPO DE INVESTIGACIÓN
   a. Biomédica _____
   b. Clínica _____
   c. Epidemiológica _____
   d. Socio-Educativa _____

3. JUSTIFICACIÓN
   a. Describe la magnitud y actualidad del problema. _____
   b. Describe la ganancia en el conocimiento científico. _____
   c. Describe el valor práctico que se obtendrá con la investigación. _____
   d. Aporta nuevas líneas de Investigación. _____

4. ANTECEDENTES
   a. La información se relaciona en forma directa con el problema de estudio. _____
   b. Fundamenta adecuadamente basándose en la hipótesis, el planteamiento del problema., los objetivos, y los métodos. _____
   c. Las referencias bibliográficas están bien señaladas y son congruentes con el contenido del texto. _____

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
   a. Identifica el problema y lo delimita de otros similares. _____
   b. Contiene las variables de interés. _____
   c. Se encuentra redactado en forma de pregunta. _____
   d. Es claro y preciso. _____

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación

**Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral**

6. MARCO TEÓRICO
   a. Permite ubicar el tema objeto de la investigación dentro de un conjunto de teorías existentes. _____
   b. Permite un conocimiento claro y concreto del problema de investigación. _____
   c. Vincula lógica y coherentemente los conceptos y proposiciones existentes en estudios anteriores. _____
   d. Otorga un panorama actual sobre el estado del conocimiento del tema de investigación. _____

7. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS
   a. Organizan el estudio en sus componentes o fases. _____
   b. La redacción es clara en términos operativos (qué se pretende hacer, en dónde y con qué propósitos) _____
   c. Son congruentes con la pregunta de investigación. _____
   d. Contienen las variables de estudio. _____
   e. Están expresados en términos medibles. _____
   f. Utilizan verbos de acción (determinar, medir, identificar, comparar) _____

8. HIPÓTESIS
   a. Existe un objetivo por cada hipótesis planteada. _____
   b. Las hipótesis predicen lógicamente bajo una relación causa-efecto, las preguntas que se formularon en el planteamiento del problema. _____
   c. Establece la base para las pruebas de significación estadística. _____

9. VARIABLE INDEPENDIENTE
   a. Describe o mide el problema objeto de estudio. _____
   b. Se define operacionalmente. _____
   c. Se define la escala de medición de la variable. _____

10. VARIABLE DEPENDIENTE
   a. Describe o mide el factor que se presume provoca el problema o influye en él. _____
   b. Se define Operacionalmente. _____
   c. Se define la escala de medición de la variable. _____

**Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral**

11. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN
    a. Está definida la finalidad del estudio. _____
    b. Está definida la secuencia temporal. _____
    c. Control de la asignación de los factores de estudio. _____
    d. Cronología de los hechos. _____

12. SITIO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO
    a. Especifica el Servicio, Centro, Hospital, y/o Institución donde se llevará a cabo el estudio. _____

13. POBLACIÓN Y/O MUESTRA
    a. Está correctamente caracterizada la población objetivo y la muestra _____
    b. Es claro el método de obtención de la muestra. _____
    c. Son claros los criterios de inclusión, exclusión, y eliminación. _____

14. RECURSOS
    a. Describe claramente los recursos humanos, materiales y financieros que se requieren para el proyecto. _____
    b. Describe si requiere financiamiento. _____

15. HOJA DE CAPTACIÓN DE DATOS
    a. Se explica el sistema de recolección de datos. _____

16. PERIODO EN QUE SE LLEVARÁ A CABO EL ESTUDIO
    a. Señala claramente el inicio y término del estudio _____

17. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
    a. Señala las actividades a realizar en tiempo (desde la revisión bibliográfica hasta la presentación del documento) _____
    b. Señala la secuencia lógica de la investigación. _____

18. PRUEBAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO
    a. El método estadístico es claro así como sus fundamentos. _____
    b. Paquetes estadísticos. _____

**Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral**

19. TRASCENDENCIA
    a. El proyecto es importante para el campo de la especialidad, aporta conocimientos, son aplicables los conocimientos, tiene impacto potencial, etc. _____

**Instrucciones**: Escribir SÍ ó NO en la columna de la derecha.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Existe carta de consentimiento informado. _____

  En la carta se especifica:
  a. Objetivo. _____
  b. Beneficios esperados. _____
  c. Riesgos e inconvenientes. _____
  d. Manejo del grupo control. _____
  e. Alternativas de tratamiento. _____
  f. Participación voluntaria. _____
  g. Posibilidad de retirarse cuando lo desee. _____
  h. Confidencialidad. _____
  i. Otorgamiento médico por la Institución en caso de daño que amerite por la investigación. _____
  j. Lenguaje entendible al paciente. _____

- Los sujetos se seleccionaron de forma imparcial, sin discriminación o sesgo por raza, sexo, clase social, etc. (esto depende del objetivo de la investigación) _____

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

a. Numeradas consecutivamente en el orden que se señala en el texto. _____

ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

a. La sintaxis y la ortografía son correctas. _____
b. Otorga créditos a los asesores y colaboradores. _____

DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación

**Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral**

DICTAMEN

- Señalar en el paréntesis, el dictamen del proyecto, de acuerdo a las cuatro opciones: ( )
  a. Aceptado
  b. Aceptado con modificaciones
  c. Modificar y volver a presentar
  d. Rechazado

## 8.3 Guía para la Revisión de Proyecto de Investigación

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación

**3-C**

### Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral

### GUÍA PARA LA REVISIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TITULO: _____

INVESTIGADOR: _____

ASESOR: _____ ADSCRIPCIÓN: _____

ASESOR: _____ ADSCRIPCIÓN: _____

ASESOR: _____ ADSCRIPCIÓN: _____

REVISIÓN Nº. _____

### OBSERVACIONES

**TÍTULO:** _____

INTRODUCCIÓN: _____

JUSTIFICACIÓN: _____

ANTECEDENTES: _____

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: _____

MARCO TEÓRICO: _____

OBJETIVO GENERAL: _____

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: _____

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación

## Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral

HIPÓTESIS:

VARIABLE INDEPENDIENTE:

VARIABLE DEPENDIENTE:

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

**SITIO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO:**

POBLACIÓN Y/O MUESTRA:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

RECURSOS

HUMANOS:

MATERIALES:

FINANCIEROS:

HOJA DE CAPTACIÓN DE DATOS:

PERIODO EN QUE SE LLEVARÁ A CABO EL ESTUDIO:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación

## Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral

PRUEBAS DE CAMPO O ENSAYO: _____

PRUEBAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO: _____

CONSIDERACIONES ÉTICAS: _____

DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS: _____

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO: _____

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: _____

ANEXOS: _____

COMENTARIOS: _____

Revisor o Asesor

Firma

Revisor o Asesor

Firma

Revisor o Asesor

Firma

DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación

# Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral

Investigador/Médico Residente/Pasante

_____

Firma

Fecha de Revisión

_____

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación

# Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral

## GUÍA PARA LA REVISIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

### Instructivo de llenado

TITULO: (1)

INVESTIGADOR: (2)

ASESOR: (3) ADSCRIPCIÓN: (4)

ASESOR: (5) ADSCRIPCIÓN: (6)

ASESOR: (7) ADSCRIPCIÓN: (8)

REVISIÓN Nº. (9)

## OBSERVACIONES

**TÍTULO:** (10)

INTRODUCCIÓN: (11)

JUSTIFICACIÓN: (12)

ANTECEDENTES: (13)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: (14)

MARCO TEÓRICO: (15)

OBJETIVO GENERAL: (16)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: (17)

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación

## Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral

HIPÓTESIS: (18)

VARIABLE INDEPENDIENTE: (19)

VARIABLE DEPENDIENTE: (20)

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: (21)

**SITIO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO:** (22)

POBLACIÓN Y/O MUESTRA: (23)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: (24)

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: (25)

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN: (26)

RECURSOS

HUMANOS: (27)

MATERIALES: (28)

FINANCIEROS: (29)

HOJA DE CAPTACIÓN DE DATOS: (30)

PERIODO EN QUE SE LLEVARÁ A CABO EL ESTUDIO: (31)

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES: (32)

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación

## Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral

PRUEBAS DE CAMPO O ENSAYO: (33)

PRUEBAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO: (34)

CONSIDERACIONES ÉTICAS: (35)

DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS: (36)

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO: (37)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: (38)

ANEXOS (39)

COMENTARIOS: (40)

Revisor o Asesor

(41)
Firma

Revisor o Asesor

(42)
Firma

Revisor o Asesor

(43)

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación

# Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral

Investigador/Médico Residente/Pasante

(44)

Firma

Fecha de Revisión

(45)

**GUÍA PARA LA REVISIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

## Instructivo de llenado

| NÚMERO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| 1 | Título del Proyecto de Investigación. |
| 2 | Nombre completo de los autores del Proyecto de Investigación. |
| 3 | Nombre completo del Revisor o Asesor del Proyecto de Investigación. |
| 4 | Adscripción (lugar de trabajo) del Asesor. |
| 5 | Nombre completo del Revisor o Asesor del Proyecto de Investigación. |
| 6 | Adscripción (lugar de trabajo) del Asesor. |
| 7 | Nombre completo del Revisor o Asesor del Proyecto de Investigación. |
| 8 | Adscripción (lugar de trabajo) del Asesor. |
| 9 | Número progresivo de la revisión que se hace a la Investigación |
| 10 | Título del Proyecto de Investigación. |
| De la 11 a la 39 | Señalar las observaciones que los Revisores o Asesores hicieron a cada Capítulo de la Investigación en el formato Guía para la Revisión de Proyecto de Investigación a fin de que el (los) Investigador (es) realicen las correcciones. |
| 40 | Señalamientos o consideraciones adicionales que sean necesarias para el (los) Investigador (es). |
| 41 | Firma del Revisor o Asesor del Proyecto de Investigación. |
| 42 | Firma del Revisor o Asesor del Proyecto de Investigación. |
| 43 | Firma del Revisor o Asesor del Proyecto de Investigación. |

## *GUÍA PARA LA REVISIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN*

### Instructivo de llenado

| CAPÍTULO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| 44 | Firma del (los) Investigador (es) de la Investigación. |
| 45 | Día, mes y año de revisión de la Investigación. |

## 8.4 .- Carta de Consentimiento Informado para Participación en Proyecto de Investigación

**4-C**

**Unidad de Asistencia e Integración Social**
**Dirección General de Rehabilitación**
**Dirección de Rehabilitación**

# Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Lugar y fecha: _____

**Acepto participar en el Proyecto de Investigación** _____
_____**; a cargo del** _____**, cuyo objetivo de estudio es:**
_____
_____

**El investigador me ha explicado que mi participación consistirá en:**

_____
_____

**Declaro que me ha informado amplia y claramente de los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, y que son los siguientes:**

_____

**El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser beneficioso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar las dudas que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.**

**Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del Centro.**

**El investigador principal me ha garantizado que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. Asimismo se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a m**

**i permanencia en el mismo.**

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| **Nombre y Firma del Paciente** | **Nombre y Firma del Investigador Principal** |
| _____ | _____ |
| **Nombre y Firma de Testigo** | **Nombre y Firma de Testigo** |
| _____ | _____ |
| **Relación que guarda con el Paciente** | **Relación que guarda con el Paciente** |

## 8.5 Guía para la Evaluación de Proyectos de Investigación Sujetos a Consideraciones Bioéticas

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

**Unidad de Asistencia e Integración Social**
**Dirección General de Rehabilitación**
**Dirección de Rehabilitación**

# Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN**
**EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**
**Instructivo de llenado**

Lugar y fecha: _____(1)_____

**Acepto participar en el Proyecto de Investigación _____(2)_____**
**_____; a cargo del**
**_____(3)_____, cuyo objetivo de estudio es:**
**_____(4)_____**
**_____**

**El investigador me ha explicado que mi participación consistirá en:**
**_____(5)_____**
**_____**

**Declaro que me ha informado amplia y claramente de los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, y que son los siguientes:**
**_____(6)_____**

**El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser beneficioso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar las dudas que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.**

**Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del Centro.**

**El investigador principal me ha garantizado que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. Asimismo se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.**

_____(7)_____
**Nombre y Firma del Paciente**

_____(8)_____
**Nombre, Credencial y Firma del Investigador Principal**

_____(9)_____
**Nombre y Firma de Testigo**

_____(11)_____
**Nombre y Firma de Testigo**

_____(10)_____
**Relación que guarda con el Paciente**

_____(12)_____
**Relación que guarda con el Paciente**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

## Instructivo de llenado

| NÚMERO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| 1 | Ciudad y día, mes y año cuando se requisita la carta |
| 2 | Título del Proyecto de Investigación |
| 3 | Nombre completo de los autores del Proyecto de Investigación |
| 4 | Objetivos del Proyecto de Investigación |
| 5 | Enumerar actividades, mediciones, exámenes, análisis, intervenciones, medicamentos, volumen de sangre u otros líquidos corporales o tejidos que se extraerán, terapias, tratamientos, etc. |
| 6 | Enumerar riesgos, inconvenientes, molestias, incomodidades, mejoras, beneficios, etc. |
| 7 | Nombre y firma de la persona que participa en la investigación (sujeto de investigación) |
| 8 | Nombre, número de credencial y firma del Investigador Principal |
| 9 | Nombre y firma de un testigo |
| 10 | Relación que guarda con el paciente: parentesco, amistad, etc. |
| 11 | Nombre y firma de un testigo |
| 12 | Relación que guarda con el paciente: parentesco, amistad, etc. |

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

**Unidad de Asistencia e Integración Social**
**Dirección General de Rehabilitación**
**Dirección de Rehabilitación**

## Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral

**5-C**

# GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN SUJETOS A CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

**Instrucciones**: Escriba en la columna de la derecha, si considera que es CORRECTO ó INCOMPLETO.

## 1. DISEÑO CIENTÍFICO Y CONDUCCIÓN DEL ESTUDIO

a. El diseño del estudio es adecuado en relación con sus objetivos, la metodología estadística (incluyendo el cálculo del tamaño de la muestra), y el potencial para alcanzar conclusiones sólidas con el menor número de participantes en la investigación. _____
b. El peso de la justificación de riesgos previsibles e inconvenientes, contra los beneficios anticipados para los participantes y las comunidades comprometidas y a las cuales concierne la investigación _____
c. La justificación para el uso de grupo control. _____
d. Criterios para el retiro prematuro de participantes de la investigación. _____
e. Criterios para suspender o terminar completamente la investigación. _____
f. Disposiciones adecuadas para monitorizar y auditar el desarrollo de la investigación, incluyendo la constitución de una junta de monitorización de la seguridad de los datos. _____
g. Lo adecuado del sitio de la investigación, incluyendo equipo de apoyo, instalaciones disponibles y procedimientos de urgencia. _____
h. La forma en que los resultados de la investigación serán reportados y publicados. _____

## 2- RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN.

a. Características de la población de la que se extraerán los participantes de la investigación (incluyendo sexo, edad, educación, nivel económico, y etnia) _____

b. Los medios por los cuales el contacto inicial y el reclutamiento serán conducidos.
c. Los medios por los cuales la información completa será comunicada a los y las potenciales participantes de la investigación o sus representantes.
d. Criterios de inclusión de los participantes de la investigación.
e. Criterios de exclusión de los participantes de la investigación.

### 3.- CUIDADO Y PROTECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN

a. Lo adecuado del investigador en cuanto a su acreditación académica y la experiencia del investigador o investigadores del estudio propuesto.
b. Especificar el plan, en caso de haberlo, para interrumpir o negar terapias estandarizadas para la investigación propuesta, y la justificación para tal acción.
c. La atención médica, psicológica y/o social que será proporcionada a los participantes en la investigación durante y después de la misma.
d. Lo adecuado de la supervisión médica y el apoyo psicosocial para los participantes en la investigación.
e. Los pasos que deberán llevarse a cabo en caso de que los participantes en la investigación se retiren voluntariamente durante el curso de ésta.
f. Los criterios para extender el acceso, para el uso de urgencia y/o para el uso previo a su comercialización y reglamentación, de los productos del estudio.
g. Los procedimientos, en caso de ser necesarios, para informar al médico general (médico familiar o de cabecera) del participante de la investigación, incluyendo los procedimientos para obtener el consentimiento del participante para informar a su médico

h. Descripción de los plantes para permitir la disponibilidad del producto del estudio a los participantes de la investigación, una vez que ésta concluya.
i. Descripción de cualquier costo económico que pudiera haber para los participantes en la investigación.
j. Recompensas y compensaciones a los participantes en la investigación (incluyendo dinero, servicios, y/o regalos).
k. Medidas para compensación/tratamiento en el caso de daño/invalidez/muerte del participante atribuible a su participación en la investigación.
l. Convenios de seguro e indemnización.

4.- PROTECCIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD DEL PARTICIPANTE EN LA INVESTIGACIÓN.

a. Relación de las personas que tendrán acceso a los datos personales de los participantes en la investigación, incluyendo historias clínicas y muestras biológicas.
b. Medidas que se llevarán a cabo para asegurar la confidencialidad y seguridad de la información personal de los participantes en la investigación.

**5.- PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

a. Descripción completa del proceso para obtener el consentimiento informado, incluyendo la identificación de los responsables de obtener el consentimiento.
b. Lo adecuado, completo y comprensible de la información escrita y oral que se dará a los participantes en la investigación y, cuando sea necesario, a su(s) representante(s) legal(es).
c. Clara justificación para incluir en la investigación a individuos que no puedan dar su consentimiento, y una descripción completa de los arreglos para obtener el consentimiento o autorización de la participación de dichos individuos.

d. Seguridad de que los participantes recibirán información conforme se vaya haciendo disponible, relacionada con su participación durante el curso de la investigación (incluyendo sus derechos, seguridad y bienestar).
e. Los arreglos dispuestos para recibir y responder preguntas y quejas de los participantes o de sus representantes durante el curso de la investigación.

## 6.- CONSIDERACIONES COMUNITARIAS

a. Impacto y relevancia de la investigación sobre las comunidades de las cuales serán elegidos los participantes en la investigación, así como para aquellas a quienes concierne la investigación.
b. Pasos y medidas tomadas para consultar con las comunidades involucradas durante el proceso de diseño de la investigación.
c. Influencia de la comunidad en el consentimiento de los individuos.
d. Consultas a la comunidad propuesta durante el curso de la investigación.
e. Medida en la que la investigación contribuye a la capacitación de recursos humanos y materiales, incluyendo el mejoramiento del sistema de salud, a la investigación, y a la posibilidad de responder a necesidades de salud pública.
f. Descripción de la disponibilidad y asequibilidad de cualquier producto exitoso del estudio que sea útil a las comunidades involucradas, después de la investigación.
g. La manera en que los resultados de la investigación se harán disponibles a los participantes en la investigación y a las comunidades involucradas.

## 8.6 .Carta de Consentimiento Informado para Participación en Proyecto de Investigación

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

**ANEXO 6-C**

**Unidad de Asistencia e Integración Social**
**Dirección General de Rehabilitación**
**Dirección de Rehabilitación**

# Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PACIENTES QUE NO PUEDAN DECIDIR POR SÍ MISMOS**

Lugar y fecha: _____

**Autorizo que mi _____, _____participe en el Proyecto de Investigación**
**_____**
**_____; a cargo del**
**_____, cuyo objetivo de estudio es:**
**_____**
**_____**

**El investigador me ha explicado que su participación consistirá en:**
**_____**
**_____Declaro que me ha informado amplia y claramente de los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, y que son los siguientes:**
**_____**

**El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser beneficioso para su tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar las dudas que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con su tratamiento.**

**Entiendo que conservo el derecho de retirar a mi representado (a) del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe del Centro.**

**El investigador principal me ha garantizado que no se identificará a mi representado (a) en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial. Asimismo se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.**

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| **Nombre y Firma del Responsable** | **Nombre, Credencial y Firma del Investigador Principal** |
| _____ | _____ |
| **Nombre y Firma del Testigo** | **Nombre y Firma del Testigo** |

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación

# Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN**
**EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓNPACIENTES QUE NO PUEDAN DECIDIR POR SÍ MISMOS**

Lugar y fecha: _____(1)_____

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN**
**EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**
**PACIENTES QUE NO PUEDAN DECIDIR POR SÍ MISMOS**

**Autorizo que mi _____(2)_____, _____(3)_____participe en el Proyecto de Investigación _____(4)_____ _____; a cargo del _____(5)_____, cuyo objetivo de estudio es: _____(6)_____ _____**

**El investigador me ha explicado que su participación consistirá en:**
**_____(7)_____ _____**

**Declaro que me ha informado amplia y claramente de los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, y que son los siguientes:**
**_____(8)_____**

**El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser beneficioso para su tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar las dudas que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con su tratamiento.**

**Entiendo que conservo el derecho de retirar a mi representado (a) del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe del Centro.**

**El investigador principal me ha garantizado que no se identificará a mi representado (a) en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial. Asimismo se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.**

| | |
|---|---|
| _____(9)_____ | _____(10)_____ |
| **Nombre y Firma del Responsable** | **Nombre, Credencial y Firma del Investigador Principal** |
| _____(11)_____ | _____(12)_____ |
| **Nombre y Firma del Testigo** | **Nombre y Firma del Testigo** |

## Instructivo de llenado

| NÚMERO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| 1 | Ciudad y día, mes y año cuando se requisita la carta |
| 2 | Parentesco con el padre, madre, tutor, o representante legal que firmará la Carta |
| 3 | Nombre de la persona que participará en la investigación (sujeto de investigación) |
| 4 | Título del Proyecto de Investigación |
| 5 | Nombre completo de los autores del Proyecto de Investigación |
| 6 | Objetivos del Proyecto de Investigación |
| 7 | Enumerar actividades, mediciones, exámenes, análisis, intervenciones, medicamentos, volumen de sangre u otros líquidos corporales o tejidos que se extraerán, terapias, tratamientos, etc. |
| 8 | Enumerar riesgos, inconvenientes, molestias, incomodidades, mejoras, beneficios, etc. |
| 9 | Nombre y firma del padre, madre, tutor o representante legal de la persona que participa en la investigación (sujeto de investigación) |
| 10 | Nombre, número de credencial y firma del Investigador Principal |
| 11 | Nombre y firma de un testigo |
| 12 | Nombre y firma de un testigo |

# 26.- PROCEDIMIENTO PARA ENVÍAR Y REGISTRAR EL INFORME ANUAL DE INVESTIGACIÓN EN DISCAPACIDAD Y REHABILITACIÓN INTEGRAL

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN<br>JEFE DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Describir las actividades requeridas para envío y registro del informe anual de investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral en los Centros dependientes de la Dirección General de Rehabilitación.

## 2.0 Alcance

Aplica a la Dirección General de Rehabilitación, Dirección de Rehabilitación, Subdirección de Enseñanza e Investigación y Centros de Rehabilitación de dependencia directa, centralizados y descentralizados del SNDIF.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

### 3.1 Subdirección de Enseñanza e Investigación:

Solicita al Coordinador General del Centro de Rehabilitación el acta constitutiva del Comité Local de Investigación y/o Bioética

### 3.2 Subdirección de Área (Coordinador del Centro de Rehabilitación):

Elabora y envía el Acta Constitutiva del Comité Local de Investigación y/o Bioética del Centro de Rehabilitación.

### 3.3 Director General de Rehabilitación

Respecto a los documentos publicados en la Normateca Interna de la Institución, es responsabilidad de la Dirección General de Rehabilitación, la actualización permanente de los mismos mediante la publicación de los documentos revisados y actualizados por las áreas de competencia en apego a las disposiciones vigentes.

Al tenor de la política anterior, aquellos documentos que se emitan por primera vez y los que resulten de alguna modificación, se deberán sujetar a las disposiciones vigentes para su elaboración y al procedimiento establecido para su dictamen por el Comité de Mejora Regulatoria Interno.

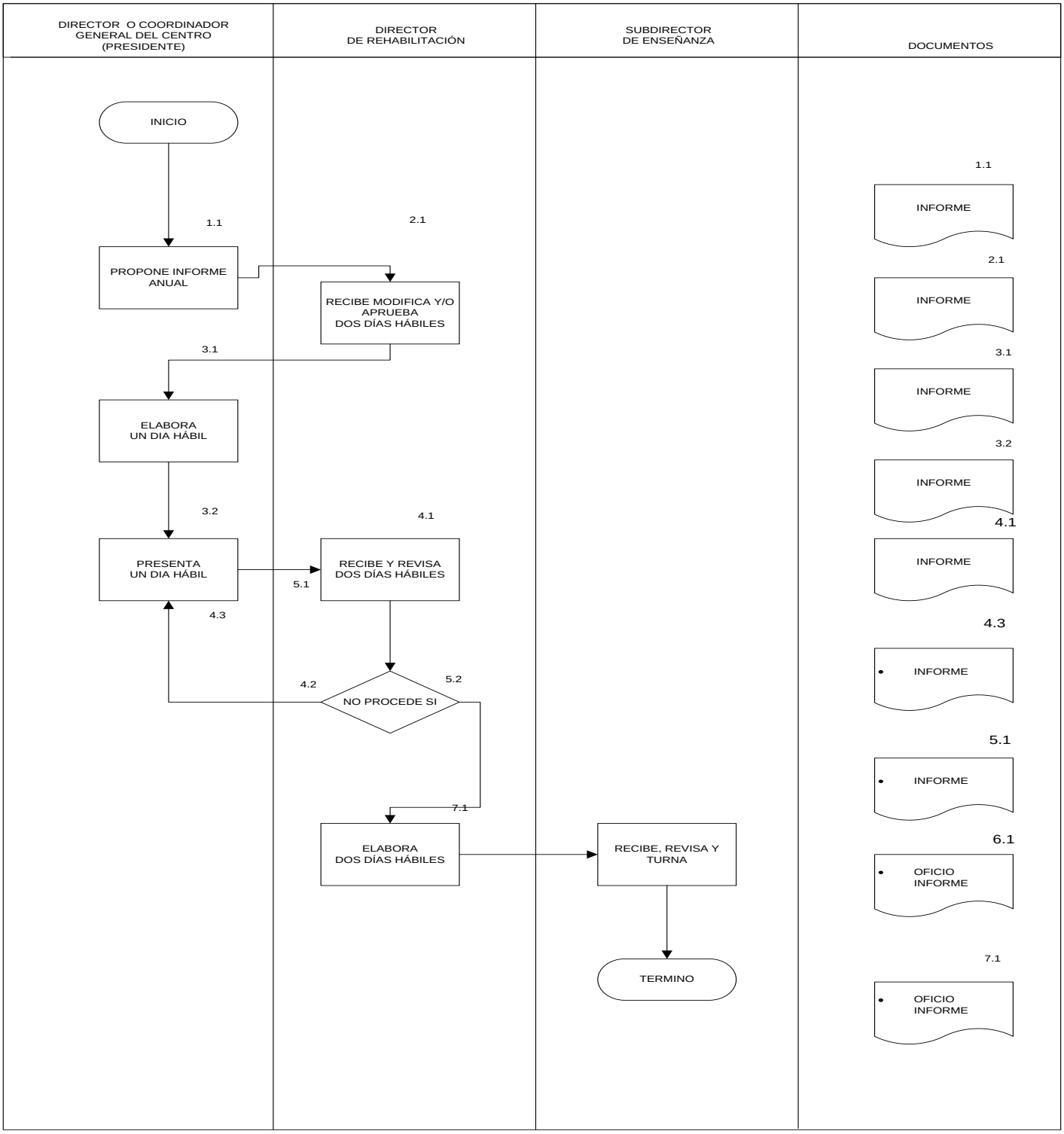
Se debe mantener actualizados los presentes procedimientos, a través de revisiones periódicas y cuando algún área de la Dirección General de Rehabilitación o Unidad Administrativa del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia proponga modificaciones a los presentes procedimientos, motivados por alguna mejora en el desarrollo del procedimiento o cambios en la Estructura Orgánica de la Entidad.

Para que las modificaciones a los presentes procedimientos surtan efecto, éstas deberán ser validadas por las áreas competentes y dictaminadas de manera favorable por el Comité de Mejora Regulatoria Interno y, en su caso, autorizadas por la Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. En tal situación, se considerará viable la incorporación de los documentos de que se trate a la Normateca Interna de la Institución.

## 4.0 Descripción del procedimiento

| UNIDAD QUE INTERVIENE | ACT. No. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|
| COMITÉ LOCAL | 1.1 | Secretario Ejecutivo propone en coordinación con los vocales, el orden del día y fecha, para consideración del Director o Coordinador General (Presidente), a fin de que el Comité Local elabore el Informe Anual de Investigación, en un día hábil. |
| SUBDIRECOR DE ÁREA (PRESIDENTE). | 2.1 | Recibe, modifica y/o aprueba; para convocar y presidir la sesión, en dos días hábiles. |
| COMITÉ LOCAL | 3.1 | Elabora la propuesta del Informe Anual de Investigación, en un día hábil, basándose en los lineamientos emitidos por la Dirección de Rehabilitación, distribuyendo tareas y fechas de entrega. |
| | 3.2 | Secretario Ejecutivo presenta propuesta de Informe Anual de Investigación, en un día hábil, al Director o Coordinador General (Presidente) para su autorización |
| SUBDIRECTOR DE ÁREA (PRESIDENTE). | 4.1 | Recibe y revisa, en dos días hábiles. |
| | 4.2 | NO PROCEDE |
| | 4.3 | Regresa al Secretario Ejecutivo |
| COMITÉ LOCAL | 5.1 | Secretario Ejecutivo recibe y corrige en coordinación con los Vocales. |
| | 5.2 | PROCEDE |
| SUBDIRECTOR DE ÁREA (PRESIDENTE). | 6.1 | Elabora oficio y envía Informe Anual de Investigación a la Dirección de Rehabilitación, en un día hábil. |
| DIRECTOR DE REHABILITACIÓN | 7.1 | Recibe, revisa y turna a la Subdirección de Enseñanza e Investigación para revisión y registro, en el formato de registro del informe anual de enseñanza e investigación, en dos días hábiles. |
| | | TERMINA. |

# 5.0 Diagrama de Flujo



## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1** Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.<br>(D.O.F. 29 de diciembre de 1976. Última reforma 17 de junio de 2009). |
| **6.2** Ley General de Salud.<br>(D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.3** Ley de Asistencia Social.<br>(D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.4** Ley de Coordinación Fiscal.<br>(D.O.F. 27 de Diciembre de 1978. Última reforma 24 de Junio de 2009). |
| **6.5** Ley de Planeación.<br>(D.O.F. 5 de enero de 1983. Última reforma 20 de junio de 2011). |
| **6.6** Ley Federal de las Entidades Paraestatales.<br>(D.O.F. 14 de mayo de1986. Última reforma 28 de noviembre de 2008). |
| **6.7** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de Sector Público.<br>(D.O.F. 4 de enero de 2000. Última reforma 15 de junio de 2011). |
| **6.8** Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.<br>(D.O.F. 13 Marzo del 2002. Última reforma 28 de Mayo de 2009). |
| **6.9** Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.<br>(D.O.F. 11 de junio de 2002. Última reforma 5 de julio de 2010). |
| **6.10** Ley General de Bienes Nacionales.<br>(D.O.F. 20 de mayo de 2004. Última reforma 31 de agosto de 2007). |
| **6.11** Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.<br>(D.O.F. 30 de Marzo de 2006. Última reforma 31 de Diciembre de 2008). |
| **6.12** Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011.<br>(D.O.F. 15 de Octubre de 2010). |
| **6.13** PRESUPUESTO de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011.<br>(D.O.F. 7-12-2010). |
| **6.14** Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.<br>(D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.15** Condiciones Generales de Trabajo (2008-2010). |
| **6.16** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.17** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.18** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## 7.0 Glosario

**7.1 Investigación** es una búsqueda de conocimientos ordenada, coherente, de reflexión analítica y confrontación continua de los datos empíricos y el pensamiento abstracto, a fin de explicar los fenómenos de la naturaleza

**7.2.- Proyecto de Investigación**: Documento en el cual el investigador expresa en lenguaje científico y por anticipado la investigación que está interesado en realizar

**7.3.- Diseño de investigación**, *plan de trabajo o acción a seguir* para garantizar que realmente vamos a recoger, de un modo adecuado, toda la información necesaria para poner a prueba (contrastar) lo que predicen nuestras hipótesis de partida. en un documento con características especiales, lenguaje científico, ubicación temporal, lineamientos globales y provisión de recursos.

**7.4.- Metodología**, Descripción sistematizada y detallada de las actividades que se desarrollarán para la realización del proyecto De manera que pueda reproducirse

## 8.0 Anexos

**8.1**.- Informe técnico final

**8.2**.- Informe anual de investigación

**8.3**.- Informe anual de investigación relación de investigadores

**8.4**.- Informe anual de investigación actividades desarrolladas

**8.1.- Informe técnico final**

**ANEXO 1-D**

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

**Unidad de Asistencia e Integración Social**

**Dirección General de Rehabilitación**
**Dirección de Rehabilitación**
**Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral**

**INFORME TÉCNICO FINAL**

1. EN LA HOJA FRONTAL SE ANOTARÁ:
    - 1.1 LA INSTITUCIÓN, DIRECCIÓN, Y SEDE DEL INVESTIGADOR.
    - 1.2 TÍTULO DEL ESTUDIO.
    - 1.3 AUTORES.
    - 1.4 LUGAR Y AÑO.
        a. EN CASO DE TESIS DE MÉDICOS RESIDENTES LA HOJA FRONTAL SE ELABORARÁ DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DE LA UNIVERSIDAD QUE OTORGA EL RECONOCIMIENTO.
2. RESUMEN
    - 2.1. EN ESPAÑOL.
    - 2.2. EN INGLÉS.
    - 2.3. PALABRAS CLAVE.
3. INTRODUCCIÓN: Redactar en forma breve los Antecedentes importantes, Objetivos y Justificación del estudio.
4. MATERIAL Y MÉTODOS.
5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.
6. RESULTADOS.
7. DISCUSIÓN.
8. CONCLUSIONES.
9. RECOMENDACIONES
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PARA ENTREGA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO CON FINES DE TITULACIÓN DE MÉDICOS RESIDENTES; EN FORMATO DE TESIS.

a) HOJA FRONTAL (Institución, Universidad que avala el Curso, Título de la Tesis, Nombre del Residente, Título a obtener, y año).
b) ASESORES.
c) AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS (opcional).
d) INDICE.
e) INTRODUCCIÓN.
f) ANTECEDENTES.
g) JUSTIFICACIÓN.
h) OBJETIVOS.
i) HIPÓTESIS.
j) MATERIAL Y MÉTODOS.
k) RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN.
l) DISCUSIÓN.
m) CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
n) ANEXOS.
o) REFERENCIAS.

INFORME TÉCNICO FINAL

## Instructivo de llenado

| NÚMERO/INCISO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| 1.1 | Nombre completo de la Institución (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia); nombre de la Unidad, Centro, o Área donde se llevó a cabo el estudio; y Calle, número, Colonia, Delegación Política, Código Postal de ésta última. |
| 1.2 | No debe exceder de 40 golpes (preferentemente) de la máquina (teclado) considerando caracteres y espacios. Ser lo más informativo posible dentro de las limitaciones de su extensión, expresar claramente el contenido del mismo y contener las palabras clave. Sin abreviaturas, fórmulas químicas o subtítulos. |
| 1.3 | Incluir a quienes contribuyeron a la concepción general, en la ejecución de los tratamientos, en el análisis e interpretación de datos, en la redacción del artículo, en la revisión crítica de alguna parte del contenido. Se considerarán colaboradores mas no, a quienes proporcionen financiamientos, apliquen tratamiento, colectaron los datos y supervisores del trabajo. No debe exceder a cinco personas como autores; y en caso de exceder, deberá justificarse. |
| 1.4 | Ciudad, Estado y año. |
| 2 | Versión en miniatura o sumario breve del contenido de la investigación; es decir, resumir la introducción, material y método, resultados importantes (positivos y negativos) en forma narrativa y discusión. No debe exceder de 250 palabras (aproximadamente). Debe describir el objetivo, diseño, pacientes o participantes (especificando) , intervenciones (si existieron), y conclusiones. Un buen resumen puede determinar la lectura o el desinterés por la investigación. |
| 2.1 | Resumen en idioma español |
| 2.2 | Resumen en idioma inglés |
| 2.3 | Son descriptores de utilidad para buscar el artículo en las bases de datos donde esté indexada la investigación |

INFORME TÉCNICO FINAL

## Instructivo de llenado

| NÚMERO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| 3 | Expone los antecedentes que permitirán al lector comprender y evaluar los resultados del estudio, sin necesidad de consultar directamente publicaciones anteriores sobre el tema. También explica la naturaleza y alcance del problema a investigar, sugiriendo la hipótesis de trabajo. Menciona la revisión que el autor hizo de las publicaciones sobre el tema incluyendo alguna preliminar sobre el tema que haya hecho, así como la justificación y trascendencia del estudio. |
| 4 | Explica el diseño experimental, para que los métodos o técnicas puedan repetirse, los resultados obtenidos tengan valor científico y sean reproducibles. Se incluyen las técnicas (detallando solo las que se realizan por primera vez, anotar cantidades exactas de reactivos y método de preparación (no utilizar nombres comerciales) y caracterizar los sujetos de experimentación; los métodos se ordenarán cronológicamente. En caso de métodos inéditos deben ser detallados; y en métodos conocidos sólo citar la fuente bibliográfica. |
| 5 | Descripción y justificación del método y manejo de las herramientas estadísticas (descriptiva o inferencial) según sea el tipo de estudio; de modo que expliquen las relaciones causales existentes o en su caso, la modificación de la evolución natural del proceso en estudio. |
| 6 | Tiene dos componentes: la descripción de los principales resultados (redactado en pasado, claros, precisos y completos, con secuencia lógica y no redundantes); la presentación en gráficas, cuadros, figuras o fotografías. |
| 7 | Se expresan los principios, relaciones y generalizaciones que los resultados indican; aspectos no resueltos; y resultados e interpretaciones que no concuerdan con trabajos publicados con anterioridad. |

INFORME TÉCNICO FINAL

## Instructivo de llenado

| NÚMERO/INCISO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| 8 | Conclusiones del estudio que estén apoyadas por los resultados presentados, escribirlas claramente indicando sus posibles aplicaciones; acordes a los objetivos planteados. Las conclusiones expresan una respuesta al problema de investigación. |
| 9 | Incluir elementos susceptibles de retomarse en investigaciones subsecuentes. |
| 10 | Son las fuentes de procedencia de los documentos consultados y citados; se enlistan por orden de aparición en el texto observando los lineamientos de Comités Nacionales e Internacionales de Editores de Revistas. |

## 8.2.- Informe anual de investigación

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación

**Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral**

**ANEXO 2-D**

# INFORME ANUAL DE INVESTIGACIÓN

## CONTENIDO

1. Portada
2. Índice
3. Introducción
4. Justificación
5. Objetivo
    a. Objetivos específicos
6. Recursos
    a. Humanos
    b. Materiales
    c. Financieros
7. Actividades desarrolladas
    a. Relación de Investigaciones (formato anexo)
    b. Actividades de Investigación (formato anexo)
    c. Actividades para la Investigación (formato anexo)
8. Seguimiento y Control
9. Sistemas y Métodos de Evaluación

# INFORME ANUAL DE INVESTIGACIÓN

## CONTENIDO

## Instructivo de llenado

| CAPÍTULO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| PORTADA | Anotar el título completo del documento y nombre del Centro. |
| ÍNDICE | Indicar la relación de capítulos y subcapítulos que estructuran el documento; con número arábigo progresivo. |
| INTRODUCCIÓN | Exponer brevemente el propósito para el cual fue elaborado el Informe; describiendo el panorama general del contenido. |
| JUSTIFICACIÓN | Se exponen las causas y fundamentos por los cuales el Centro realizó actividades de Investigación |
| OBJETIVO | Describir claramente el fin que se pretende alcanzar, mediante la realización de una sola operación. La descripción del objetivo inicia con uno o más verbos en infinitivo, evitando el uso de adjetivos calificativos. Asimismo, debe ser medible y observable; y en su redacción debe especificarse el QUÉ, QUIÉN, CÓMO y PARA QUÉ. |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | Se refieren al fin que se pretende alcanzar, enunciando varios propósitos desprendidos del Objetivo General.<br>Estos objetivos ponen de manifiesto el más alto grado de unanimidad y precisión y no admiten alternativas.<br>Se redacta inicialmente un verbo activo que represente la actividad a realizar, se complementa la acción expresada por el verbo con los acusativos que la reciban y se termina con el tipo de actuación o nivel de realización enunciándose los criterios y condiciones que acompañen a la acción. |

# INFORME ANUAL DE INVESTIGACIÓN

## CONTENIDO

## Instructivo de llenado

| CAPÍTULO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| RECURSOS: | |
| HUMANOS | Enlistar la relación de recursos humanos que participaron en el desarrollo del programa: personal administrativo, médico y paramédico del Centro y de otras Instituciones. |
| MATERIALES | La relación y descripción de las instalaciones, equipo y material de apoyo que se utilizaron para el Programa. |
| FINANCIEROS | Señalar el presupuesto que se gastó para las actividades del Programa. |
| PROGRAMACIÓN | Se anexan formatos e instructivos de llenado |
| SEGUIMIENTO Y CONTROL | Se describen los métodos e instrumentos que garantizaron el cumplimiento del Programa. |
| SISTEMAS Y MÉTODOS DE EVALUACIÓN | Describir los enfoques teóricos, métodos e instrumentos que permitieron analizar y evaluar el grado de cumplimiento, en cantidad y calidad, del Programa. |

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

**ANEXO 3-B**

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación

## Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral

### INFORME ANUAL DE INVESTIGACIÓN

### Relación de Investigaciones

| No. | TÍTULO | INVESTIGADOR PRINCIPAL (Profesión y Nombre) | ASESOR (ES) (Profesión y Nombre) | INT | EXT | TIPO DE Investigación | AVANCE Proceso | AVANCE Terminada |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

# INFORME ANUAL DE INVESTIGACIÓN

## Relación de Investigaciones

## Instructivo de llenado

| NÚMERO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| 1 | Número progresivo de cada Investigación; corresponde al número asignado por el Comité Local. |
| 2 | Título de la Investigación |
| 3 | Abreviatura de la profesión del Investigador Principal; ejemplo: Dr. Psic. T.S., T.F., etc. y<br>Nombre completo del Investigador Principal |
| 4 | Abreviatura de la profesión del Asesor; ejemplo: Dr. Psic. T.S., T.F., etc.<br>y<br>Nombre completo del Asesor |
| 5 | Marcar con una “X” si el Asesor labora en el Centro |
| 6 | Marcar con una “X” si el Asesor no está adscrito al Centro |
| 7 | Tipo de Investigación: según *causalidad* (experimental, pseudo o cuasi experimental, o no experimental), según número de *mediciones* (longitudinal o transversal), y según *temporalidad* (retrospectivo, prospectivo, o ambispectivo). |
| 8 | Marcar con una “X” si la Investigación aún está en proceso o en desarrollo. |
| 9 | Marcar con una “X” si la Investigación está concluida. |

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

**ANEXO 6-C**

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación

## Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral

### INFORME ANUAL DE INVESTIGACIÓN
### Actividades Desarrolladas

| ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN (PROTOCOLOS, INVESTIGACIONES, OTROS) | enero | febrero | marzo | abril | mayo | junio | julio | agosto | septiembre | octubre | noviembre | diciembre |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Protocolos elaborados | (1) | | | | | | | | | | | |
| Protocolos aprobados | | | | | | | | | | | | |
| Protocolos autorizados | | | | | | | | | | | | |
| Investigaciones desarrolladas | | | | | | | | | | | | |
| Investigaciones presentadas | | | | | | | | | | | | |
| Investigaciones publicadas | | | | | | | | | | | | |
| Asesorías | | | | | | | | | | | | |
| Otros | | | | | | | | | | | | |

# INFORME ANUAL DE INVESTIGACIÓN

## Actividades Desarrolladas

## Instructivo de llenado

| NÚMERO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| 1 | Cuantificar para cada mes del año, el número de actividades realizadas por tipo |

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

**ANEXO 6-D**

Unidad de Asistencia e Integración Social
Dirección General de Rehabilitación
Dirección de Rehabilitación

## Investigación en Discapacidad y Rehabilitación Integral

## INFORME ANUAL DE INVESTIGACIÓN
## Actividades Desarrolladas

| ACTIVIDADES PARA LA INVESTIGACIÓN (CONVENIOS, ACUERDOS, CURSOS, CLASES, SESIONES, PLÁTICAS, OTRAS) | enero | febrero | marzo | abril | mayo | junio | julio | agosto | septiembre | octubre | noviembre | diciembre |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | (1) | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

# INFORME ANUAL DE INVESTIGACIÓN

## Actividades Desarrolladas

## Instructivo de llenado

| NÚMERO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| 1 | En congruencia con las actividades enlistadas en el Programa Anual de Investigación, enlistar en cada fila, aquellas que realizó el Centro para el fortalecimiento de la investigación, tales como:<br>Convenios de colaboración con instituciones, Organismos, Asociaciones, etc.<br>Cursos de Metodología de Investigación, Bioética, Estadística, etc.<br>Sesiones del Comité Local de Investigación, del Comité local de Bioética; y otras destinadas a la investigación, etc.<br>Conferencias<br>Etc. |
| 2 | Cuantificar para cada mes del año, el número de actividades realizadas por tipo |

# 27.- PROCEDIMIENTO PARA ASIGNAR, REGISTRAR Y CONTROLAR LAS CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE LOS CENTROS DE REHABILITACION DEPENDIENTES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elaboró :** | **Dictaminó :** | **Autorizó**: |
| **Nombre** | DRA. MARTHA GRISELDA DEL VALLE CABRERA,<br>DIRECTORA GENERAL DE REHABILITACIÓN | COMERI | LIC. ADRIANA LOAIZA GARZÓN<br>JEFA DE LA UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL |
| **Fecha** | | | |

## 1.0 Propósito

Establecer el procedimiento para la asignación, registro y control de cuotas de recuperación por los servicios directos y subrogados que otorgan los centros de rehabilitación dependientes de la Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social.

## 2.0 Alcance

Aplica a la Dirección General de Rehabilitacion, el Departamento de Apoyo Presupuestal de la misma, Titular del Centro y Departamento Administrativo de los Centros de Rehabilitacion, dependientes de la Dirección General de Rehabilitación (cuya relación se enlista a continuación) en el proceso para la asignación, registro y control de cuotas de recuperación.

El incumplimiento a cualquiera de las obligaciones establecidas en este procedimiento, traerá como consecuencia la denuncia ante el Órgano Interno de Control, independientemente de dar vista a cualquier otra instancia de carácter judicial.

**CENTROS UBICADOS EN EL ÁREA METROPOLITANA**

Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración Laboral Iztapalapa
Centro de Rehabilitación Integral Tlazocihualpilli
Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración Educativa Gaby Brimmer
Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración de Personas Ciegas y Débiles Visuales

**CENTROS FORANEOS**

CREE La Paz, Baja California Sur.
CREE Campeche, Campeche
CREE Chihuahua, Chihuahua.
CREE Toluca, Estado de México
CREE Tepic, Nayarit
CREE Oaxaca, Oaxaca.
CREE Puebla, Puebla
CREE Chetumal, Quintana Roo
CREE San Luis Potosí, San Luis Potosí
CREE Cd. Victoria, Tamaulipas
CREE Jalapa, Veracruz
CREE Mérida, Yucatán
CREE Guadalupe, Zacatecas
CRI Guadalajara, Jal.
CRI Cuernavaca, Morelos
CRI Cuautla, Morelos
UBR Ensenada, Baja California

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

**3.1 Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social**
Establecer criterios a los centros de rehabilitación para que den cabal cumplimiento a todas las actividades y obligaciones amparadas en este procedimiento.

**3.2 Departamento de Apoyo Presupuestal de la Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social**
Vigilar que los Centros de Rehabilitación dependientes de la Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social den cumplimiento a las actividades y obligaciones establecidas en este procedimiento.

**3.3 Titular del Centro de Rehabilitación del CNMAIC, CREE, CRI y UBR**
Instruir y vigilar que el Departamento Administrativo adscrito a su centro, aplique las tarifas de cuotas de recuperación señalados en el numeral 8.4 de este procedimiento para el cobro de cuotas de recuperación, así como rendir informes mensuales a la Dirección de Finanzas de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, con copia al Departamento de Apoyo Presupuestal de la Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social, relativos a los depósitos por concepto de cuotas de recuperación y supervisar el cumplimiento de este procedimiento.

Vigilar que la prestación de servicios subrogados sólo se otorgue a quienes tengan regulada la prestación con un instrumento jurídico.

**3.4 Departamento Administrativo adscrito al Centro de Rehabilitación del CNMAIC, CREE, CRI y UBR**
Aplicar las tarifas de cuotas de recuperación señalados en el numeral 8.4 de este procedimiento para el cobro de cuotas de recuperación, así como cumplir con las actividades y obligaciones establecidas en este procedimiento.

## 4.0 Descripción del procedimiento

| RESPONSABLE | ACT. No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE APOYO PRESUPUESTAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACION | 1.1 | Solicita mediante oficio a la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales efectúe el procedimiento de adquisición correspondiente, señalando las entregas parciales respectivas de los recibos únicos de ingreso, en concepto de cuotas de recuperación por servicios otorgados directos, subrogados y exentos, para que una vez recibidos, los distribuya a los Centros de Rehabilitación, según necesidades de los mismos.<br>1 Día |
| | 1.2 | Remite a los Titulares de los Centros los recibos únicos de ingresos por concepto de servicios otorgados a usuarios directos, subrogados y exentos, debidamente foliados consecutivamente.<br>5 Días<br>Continua en actividad 2.1 |
| | 1.3 | Solicita a la Dirección de Finanzas, de la Dirección General de Programación Organización y Presupuesto (DGPOP), le indique una Cuenta Concentradora Bancaria para que los Centros de Rehabilitación, dependientes de la Dirección General de Rehabilitación (DGR), efectúen los depósitos de las cuotas de recuperación recaudadas por los servicios que otorgan los Centros.<br>3 Días |

| RESPONSABLE | ACT. No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE APOYO PRESUPUESTAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACION | 1.4 | Recibe número de Cuenta Concentradora Bancaria por parte de la Dirección de Finanzas, de la DGPOP, misma que comunica dentro de los primeros cinco días hábiles de cada año, a los Titulares de los Centros de Rehabilitación, junto con el catálogo actualizado de cuotas de recuperación a que se refiere el Anexo 8.4 así como los Formatos de Reportes Mensuales a que se refieren los Anexos 8.5, 8.5.2, 8.5.4, 8.5.6 y 8.5.8 con sus respectivos Instructivos de llenado referidos en los Anexos 8.5.1, 8.5.3, 8.5.5, 8.5.7 y 8.5.9 de este procedimiento, para que los apliquen en ese ejercicio.<br>5 Días<br>Continua en actividad 2.2 |
| TITULAR DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN | 2.1 | Recibe los folios de los recibos únicos de ingresos por concepto de servicios otorgados a usuarios directos, subrogados y exentos, debidamente foliados consecutivamente, y los canaliza, para el resguardo correspondiente al Departamento Administrativo del Centro.<br>1 Día<br>Continua en actividad 3.1 |
| | 2.2 | Recibe y comunica al Departamento Administrativo del Centro: el número de Cuenta Concentradora Bancaria, para que se efectúen los depósitos de las cuotas de recuperación recaudadas por los servicios que otorgan los Centros; el catálogo de cuotas de recuperación a que se refiere el Anexo 8.4, así como los Formatos a llenar de Reportes Mensuales y sus respectivos Instructivos que se indican en los Anexos 8.5, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.4, 8.5.5, 8.5.6, 8.5.7, 8.5.8 y 8.5.9 de este procedimiento, para que los apliquen en ese ejercicio.<br>1 Día<br>Continua en actividad 3.2 |

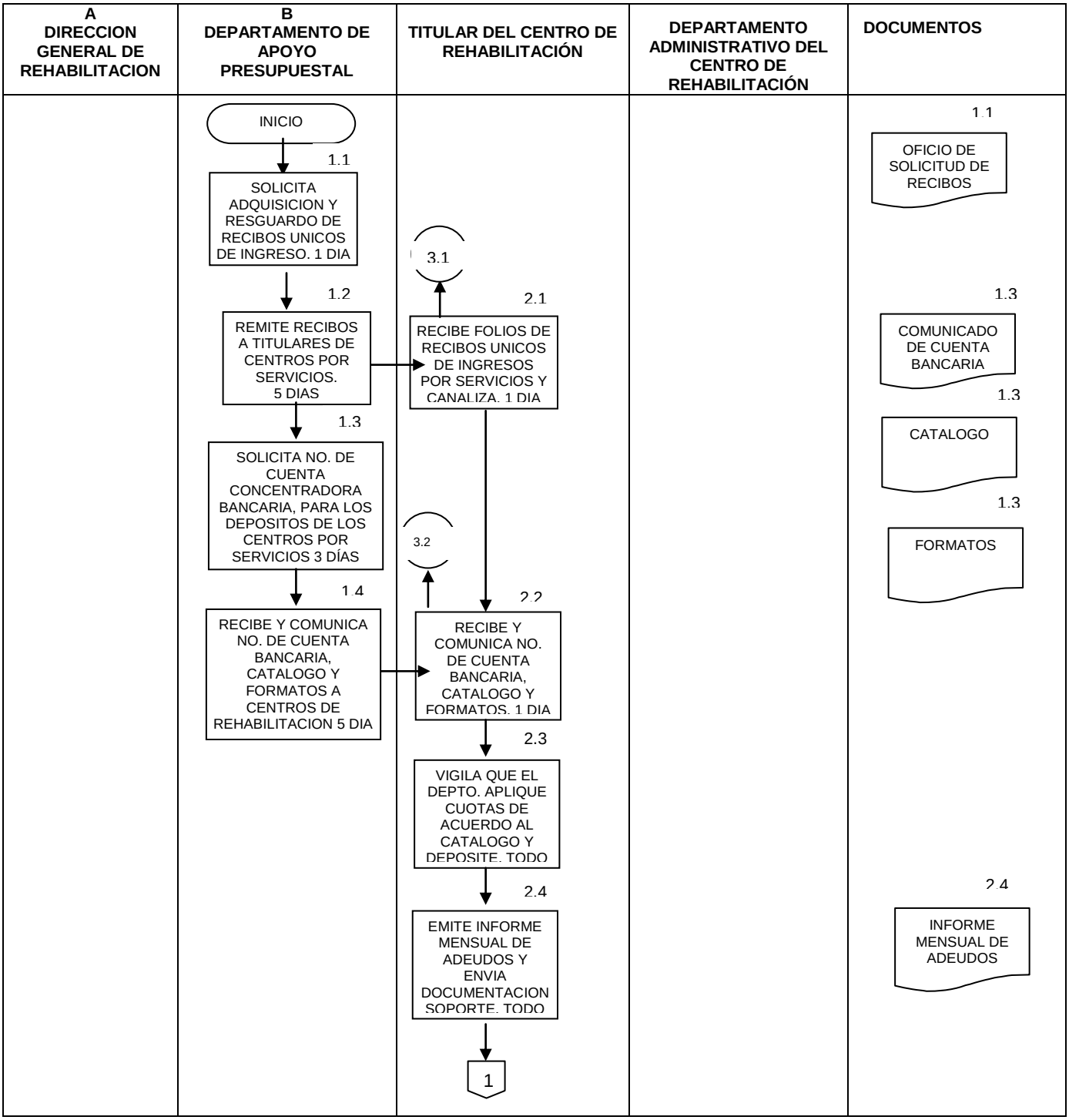
| RESPONSABLE | ACT. No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| TITULAR DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN | 2.3 | Vigila que el Departamento Administrativo del Centro, aplique las cuotas de recuperación de acuerdo al catálogo referido en el Anexo 8.4 de este procedimiento para el cobro de los servicios que presta el Centro, así como que realice los depósitos respectivos en la Cuenta Concentradora Bancaria que se deriven por ese concepto.<br>Todo el tiempo |
| | 2.4 | Informa a la Dirección de Finanzas de la DGPOP, con copia a la DGRAS los casos en que existan adeudos por más de 3 meses registrados, derivados de los servicios subrogados, anexando la documentación que sustente los trámites o gestiones de cobro de acuerdo a la norma vigente para tal efecto.<br>Todo el tiempo |
| | 2.5 | Informa a través del Formato Reporte Mensual de Cuotas de Recuperación Relación de Recibos Cancelados Anexo 8.5.4, los casos de recibos cancelados para el cobro de cuotas de recuperación por servicios directos y subrogados, indicando los motivos de la cancelación y remitiendo los recibos cancelados en juego completo, a la Dirección de Finanzas de la DGPOP, con copia a la DGR; del mismo modo, procede en el caso de folios faltantes de los blocks de recibos de servicios directos y subrogados, elaborando Constancia de Hechos, la cual envía al siguiente día de su detección.<br>Todo el tiempo |

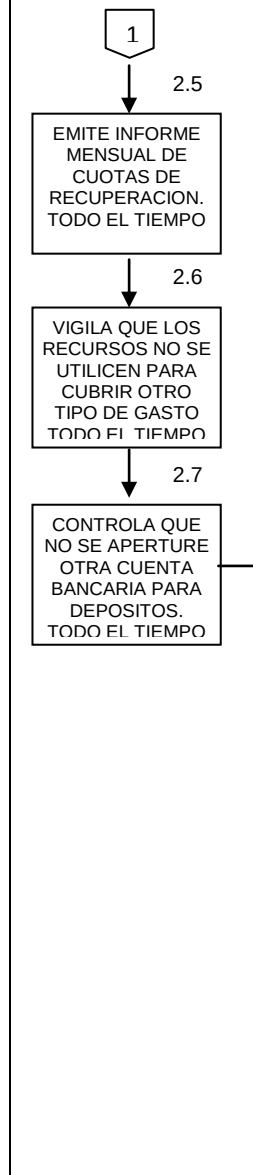
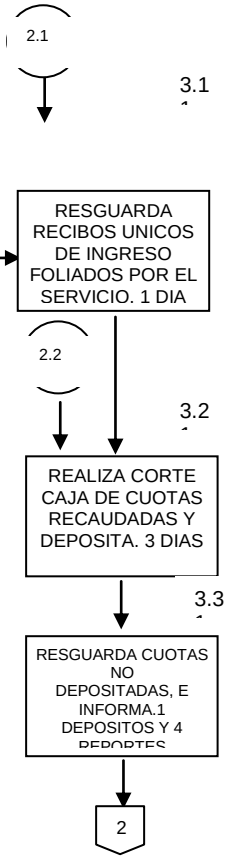
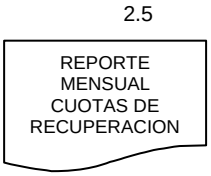
| RESPONSABLE | ACT. No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| TITULAR DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN | 2.6 | Vigila que por ninguna causa o motivo se utilicen los recursos para cubrir cualquier tipo de gasto, tratándose de los captados por concepto de cuotas de recuperación.<br>Todo el tiempo |
| | 2.7 | Controla y vigila que no se tenga aperturada otra cuenta bancaria distinta a la designada por la Dirección de Finanzas de la DGPOP, para el depósito de las cuotas de recuperación y se responsabiliza por el uso indebido de manera parcial o total de las cuotas de recuperación o de una eventual aplicación a cualquier inversión bancaria.<br>Todo el tiempo |
| JEFE DE DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN | 3.1 | Recibe y resguarda bajo su responsabilidad, los recibos únicos de ingresos por concepto de servicios otorgados a usuarios directos, subrogados y exentos, debidamente foliados consecutivamente.<br>1 Día |
| | 3.2 | Realiza cortes de caja de las cuotas de recuperación recaudadas, al término de cada día de labores y efectúa su depósito a más tardar al tercer día hábil siguiente en la Cuenta Concentradora Bancaria asignada por la Dirección de Finanzas de la DGPOP.<br>3 días hábiles para efectuar depósitos |

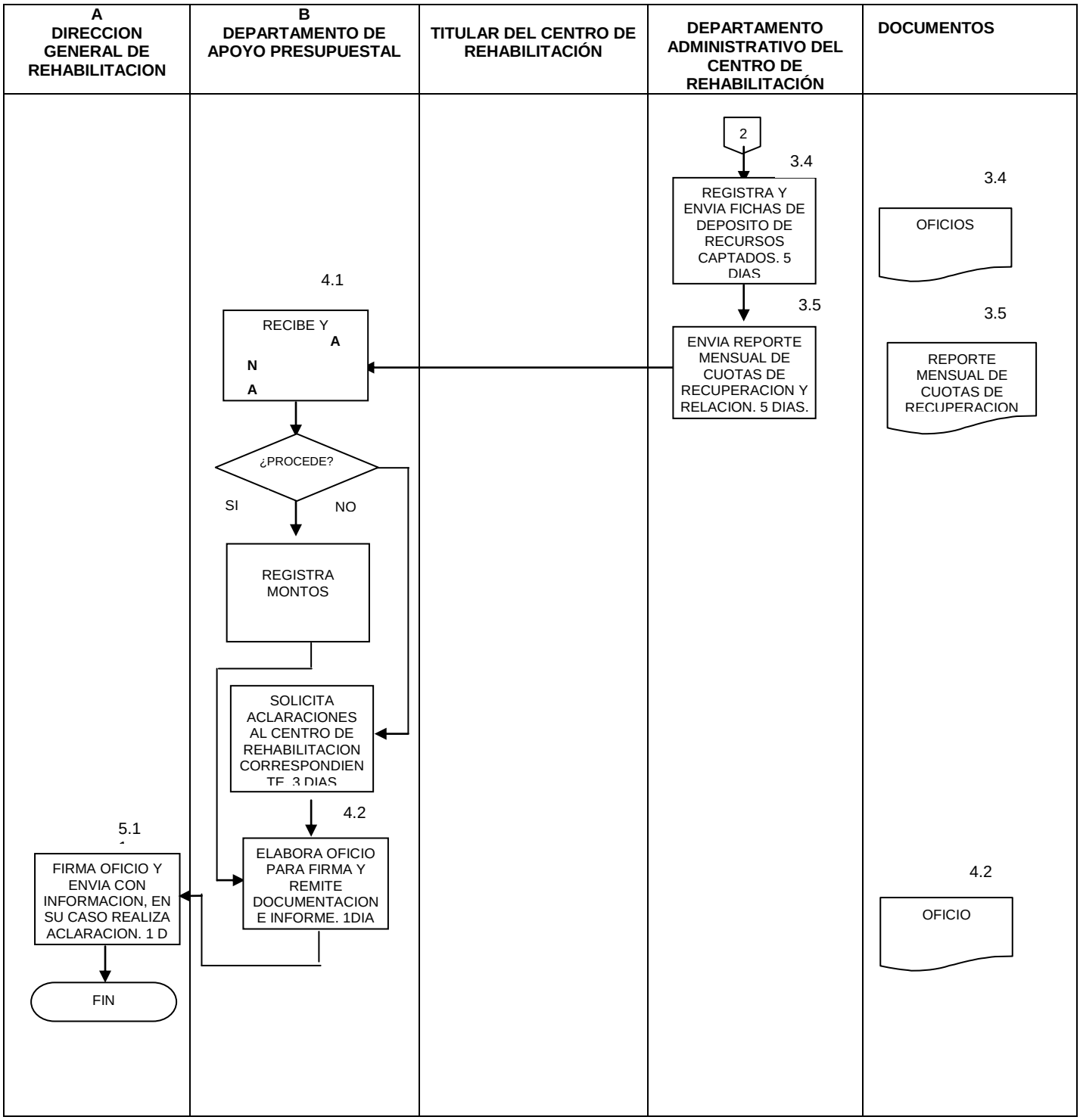
| RESPONSABLE | ACT. No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN | 3.3 | Resguarda bajo su responsabilidad en un lugar que contenga todas las medidas de seguridad posible, todos los recursos obtenidos a través de las cuotas de recuperación que no haya podido depositar.<br>Todo el tiempo.<br><br>En caso de que no haya podido depositar los recursos en el plazo señalado en la actividad 3.2 deberá depositar al día hábil siguiente debiendo justificar y señalar los motivos de dicho retraso, exponiendo en forma pormenorizada en su informe mensual los razonamientos que motivaron su incumplimiento.<br>1 Día hábil para depósito de cuotas retenidas fuera de tiempo.<br>4 Días hábiles para reportes. |
| | 3.4 | Registra y envía mediante oficio a la Dirección de Finanzas de la DGPOP, las fichas de depósito originales que amparan los recursos captados, tanto de servicios otorgados a usuarios directos, como subrogados, dentro de los 5 días hábiles siguientes al mes que se reporta, turnando copia del mismo a la DGRAS.<br>5 Días |
| | 3.5 | Envía a la Dirección de Finanzas de la DGPOP, con copia para al Departamento de Apoyo Presupuestal de la DGR, el Reporte Mensual de Cuotas de Recuperación de Unidades Operativas, según lo indica el Anexo 8.5, adjuntando la relación de días no laborados con soporte documental.<br>5 Días<br><br>En caso de que exista diferencia en el reporte, solicitará la conciliación correspondiente a la Dirección de Finanzas para su aclaración. |

| RESPONSABLE | ACT. No. | DESARROLLO |
|---|---|---|
| JEFE DE DEPARTAMENTO DE APOYO PRESUPUESTAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACION | 4.1 | Recibe y analiza la información proporcionada por los Centros.<br>3 Días<br>Si es correcto, registra los montos continua actividad 1 día.<br><br>Si no, solicita aclaraciones al Departamento Administrativo del Centro de Rehabilitación correspondiente.<br>3 Días. |
| | 4.2 | Elabora Oficio para firma de la Dirección General de Rehabilitación, para remitir la documentación e informe mensual a la Dirección de Finanzas de la DGPOP.<br>1 día. |
| DIRECTOR GENERAL DE REHABILITACIÓN | 5.1 | Recibe, firma y envía el Oficio con la información correspondiente a la Dirección de Finanzas de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, en su caso, realiza aclaraciones respecto a la información proporcionada.<br>1 día.<br><br>FIN |

## 5.0 Diagrama de Flujo



| A DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION | B DEPARTAMENTO DE APOYO PRESUPUESTAL | TITULAR DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN | DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN | DOCUMENTOS |
|---|---|---|---|---|
| | |  |  |  |


A DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION
B DEPARTAMENTO DE APOYO PRESUPUESTAL
TITULAR DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN
DOCUMENTOS
2
3.4
REGISTRA Y ENVIA FICHAS DE DEPOSITO DE RECURSOS CAPTADOS. 5 DIAS
3.4
OFICIOS
3.5
ENVIA REPORTE MENSUAL DE CUOTAS DE RECUPERACION Y RELACION. 5 DIAS.
3.5
REPORTE MENSUAL DE CUOTAS DE RECUPERACION
4.1
RECIBE Y A N A
¿PROCEDE?
SI
NO
REGISTRA MONTOS
SOLICITA ACLARACIONES AL CENTRO DE REHABILITACION CORRESPONDIEN TE. 3 DIAS
4.2
ELABORA OFICIO PARA FIRMA Y REMITE DOCUMENTACION E INFORME. 1DIA
4.2
OFICIO
5.1
FIRMA OFICIO Y ENVIA CON INFORMACION, EN SU CASO REALIZA ACLARACION. 1 D
FIN

## 6.0 Documentos de referencia

| Documentos |
|---|
| **6.1** Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.<br>(D.O.F. 29 de diciembre de 1976. Última reforma 17 de junio de 2009). |
| **6.2** Ley General de Salud.<br>(D.O.F. 7 de febrero de1984. Última reforma 10 de junio de 2011). |
| **6.3** Ley de Asistencia Social.<br>(D.O.F. 2 de septiembre de 2004. Última reforma 1 de junio de 2011). |
| **6.4** Ley de Coordinación Fiscal.<br>(D.O.F. 27 de Diciembre de 1978. Última reforma 24 de Junio de 2009). |
| **6.5** Ley de Planeación.<br>(D.O.F. 5 de enero de 1983. Última reforma 20 de junio de 2011). |
| **6.6** Ley Federal de las Entidades Paraestatales.<br>(D.O.F. 14 de mayo de1986. Última reforma 28 de noviembre de 2008). |
| **6.7** Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios de Sector Público.<br>(D.O.F. 4 de enero de 2000. Última reforma 15 de junio de 2011). |
| **6.8** Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.<br>(D.O.F. 13 Marzo del 2002. Última reforma 28 de Mayo de 2009). |
| **6.9** Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.<br>(D.O.F. 11 de junio de 2002. Última reforma 5 de julio de 2010). |
| **6.10** Ley General de Bienes Nacionales.<br>(D.O.F. 20 de mayo de 2004. Última reforma 31 de agosto de 2007). |
| **6.11** Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.<br>(D.O.F. 30 de Marzo de 2006. Última reforma 31 de Diciembre de 2008). |
| **6.12** Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011.<br>(D.O.F. 15 de Octubre de 2010). |
| **6.13** PRESUPUESTO de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2011.<br>(D.O.F. 7-12-2010). |
| **6.14** Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.<br>(D.O.F. 8 de febrero de 2006, y sus reformas del 17 de Agosto de 2007, del 23 de Enero de 2008 y del 27 de Mayo de 2008). |
| **6.15** Condiciones Generales de Trabajo (2008-2010). |
| **6.16** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.17** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.18** Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.<br>(D.O.F. 31-12-2010). |

| Documentos |
|---|
| **6.19 Norma Oficial Mexicana** 168 SSA-1-1998 del expediente clínico. (D.O.F. 13 de Octubre de 1999). |
| **6.20 Norma Oficial Mexicana** 169 SSA-1-1998 – PROY –NOM- O14 SSA3-2007 para la Asistencia Social alimentaria a grupos de riesgo. (D.O.F. 19 de Noviembre de 1999). |
| **6.21 Norma Oficial Mexicana de NOM-**032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25 de Febrero de 2011). |
| **6.22. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.23. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |
| **6.24. Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad 2011.** (D.O.F. 31-12-2010). |

## 7.0 Glosario

**7.1- Cambio de Carrera:** Es el procedimiento administrativo para elegir otra Licenciatura o Carrera en el mismo Centro Formador.

**7.2- Centros de Rehabilitación:** Centros Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC), Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), Centros de Rehabilitación Integral (CRI) y Unidades Básicas de Rehabilitacion (UBR).

**7.3- Colegiatura semestral:** Es el pago que hace el alumno(a) por los servicios educativos que recibe por un período escolar en el Centro Formador.

**7.4- Conferencia:** Es la modalidad Educativa en la que un expositor calificado expone un tema científico o literario ante un auditorio.

**7.5- Congreso:** Reunión en la que se establece el contacto e intercambio de experiencias y opiniones en acuerdo con personas calificadas, en determinada área del conocimiento, analizándola con base en la formación proporcionada por conductores competentes.

**7.6- Constancia de Estudios:** Es el documento donde se hace referencia que el alumno(a) está inscrito, terminó los estudios, los está cursando, o finalizó determinado semestre.

**7.7-Cuotas de Recuperación.** Recurso monetario que se cobra a las personas que obtienen un servicio a través de los centros de rehabilitación.

**7.8- Curso:** Es la modalidad Educativa que permite la revisión de los conceptos más actuales de uno o varios temas que no necesariamente están relacionados entre si, que van encauzados a la ampliación o adquisición de conocimientos y/o habilidades y destrezas sobre el tema o temas.

**7.9- Curso de Regularización:** Es la modalidad educativa que permite la revisión de conceptos después de haber cursado total o parcialmente un grado escolar.

**7.10- Diplomado:** Es la modalidad educativa que se diferencia de los cursos aislados y que se conforma por un conjunto articulado de actividades académicas denominadas módulos, que proporcionan conocimientos actuales de un tema y/o capacidades prácticas en relación con el mismo. Entre sus principales objetivos está actualizar, profundizar y fortalecer conocimientos, habilidades y/o destrezas según sea la población (profesional ó Técnico).

**7.11- Examen Extraordinario:** Es el que presenta el alumno que no ha demostrado los conocimientos necesarios para acreditar una o más asignaturas en el curso regular

**7.12- Examen Profesional:** Es el que presenta el alumno(a) para acreditar la Carrera, donde se da fe de que es competente para realizar un trabajo especializado profesional.

**7.13- Examen a Titulo de Suficiencia**: Es el que presenta el alumno(a) que no ha acreditado el examen extraordinario.

**7.14- Examen de Selección**: Es la evaluación que se practica al aspirante que pretende ingresar a una carrera, conforme a su resultado se determina su ingreso.

**7.15- Exención de Pago:** Beneficio económico, que se otorga a los usuarios de los servicios Directos que prestan los Centros de Rehabilitación, de acuerdo a su situación socioeconómica valorada por personal especializado, para no cobrarles el servicio recibido.

**7.16- Expedición de Certificado por Semestre**: Es el documento oficial que da fe que el alumno(a) concluyó satisfactoriamente o no, las asignaturas del semestre.

**7.17- Foro:** Reunión para discutir asuntos de interés actual ante un auditorio que en ocasiones interviene en la discusión.

**7.18- Inscripción y Colegiatura Anual Extranjeros:** Es el procedimiento de pago anual que realiza un alumno(a) extranjero por los servicios educativos que recibe por un período escolar (ciclo escolar) en el Centro Formador.

**7.19- Inscripción:** Es el registro del alumno(a) por primera vez a la matricula escolar del primer semestre de las Licenciaturas que imparta el SNDIF.

**7.20- Recibo Único de Ingresos:** Documento que ampara los recursos que ingresan por los servicios que proporcionan los centros de rehabilitación, a la población que lo solicita en forma Directa y Subrogada.

**7.21- Reinscripción:** Es el registro del alumno(a) que se vuelve a inscribir o matricular en el mismo Programa Académico o Escuela después de haber estudiado el ciclo inmediato anterior (partir del II al VIII semestre de las Licenciaturas, cada Inicio de semestre II al VIII).

**7.22- Reposición de Credencial:** Es el procedimiento para obtener duplicado del documento original (credencial) que lo identifica como alumno(a) de la Escuela.

**7.23- Servicio Directo:** Servicio que se otorga en los Centros de Rehabilitación a la población que solicita el servicio de manera directa.

**7.24- Servicios Subrogados:** Servicios que se prestan en los Centros de Rehabilitación a los derechohabientes de Instituciones públicas, generando un costo por el servicio prestado que deberán cubrir dichas Instituciones.

**7.25- Seminario:** Es la técnica grupal que tiene como propósito la investigación científica, el trabajo de equipo, el aprendizaje activo sobre un tema, en sesiones programadas, apoyándose en fuentes originales de información.

**7.26- Simposium**: Reunión o congreso científico evento de comunicación deliberada que permite la intervención secuencial de varios instructores quienes imparten a nivel especializado diversos enfoques sobre un solo tema.

**7.27- Taller:** Es la modalidad educativa que recurre a técnicas individuales o grupales combinadas de manera flexible, con el propósito de elaborar un producto, que sea útil, donde los asistentes deberán participar activamente.

**7.28- Titulación:** Es el procedimiento para obtener el Título de la licenciatura correspondiente, expedido por el SNDIF, al alumno(a) que ha acreditado el Plan de Estudios y realizado su examen profesional correspondiente.

## 8.0 Anexos

**8.1.** Catalogo de Centros Operativos que Generan Cuotas de Recuperación.
**8.2.** Catalogo de Servicios de Cuotas de Recuperación.
**8.3.** Criterios para Determinar las Cuotas de Recuperación.
**8.4.** Cobro de Cuotas de Recuperación.
**8.5**. Formato para el Reporte Mensual de Cuotas de Recuperación de Unidades Operativas.
**8.5.1** Instructivo de llenado para el Formato de Reporte Mensual de Cuotas de Recuperación de Unidades Operativas.
**8.5.2** Formato para el Reporte Mensual de Cuotas de Recuperación Relación de Folios Utilizados.
**8.5.3** Instructivo de llenado para el Formato del Reporte Mensual de Cuotas de Recuperación Relación de Folios Utilizados.
**8.5.4** Formato para el Reporte Mensual de Cuotas de Recuperación Relación de Recibos Cancelados.
**8.5.5** Instructivo de llenado del Formato para el Reporte Mensual de Cuotas de Recuperación Relación de Recibos Cancelados.
**8.5.6** Formato para el Reporte Mensual de Cuotas de Recuperación de Servicios Subrogados.
**8.5.7** Instructivo de llenado del Formato para el Reporte Mensual de Cuotas de Recuperación de Servicios Subrogados.
**8.5.8** Formato para el Reporte de Movimientos de Servicios Subrogados.
**8.5.9** Instructivo de llenado del Reporte de Movimientos de Servicios Subrogados.
**8.5.10** Formato de Recibo Único de Ingresos
**8.5.11** Instructivo de llenado para el recibo Único de Ingresos.

## 8.1. Catalogo de Centros Operativos que Generan Cuotas de Recuperación.

### 8.1. CATALOGO DE CENTROS OPERATIVOS QUE GENERAN CUOTAS DE RECUPERACIÓN

#### 8.1.1.- DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN
#### CENTROS UBICADOS EN EL ÁREA METROPOLITANA

| CLAVE | |
|---|---|
| 110 | Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración Laboral Iztapalapa |
| 110 06 | Centro de Rehabilitación Integral Tlazocihualpilli |
| 111 | Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración Educativa Gaby Brimmer |
| 111 05 | Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración de Personas Ciegas y Débiles Visuales |

#### 8.1.2.- CENTROS FORANEOS

| | |
|---|---|
| 121 | CREE La Paz, Baja California Sur |
| 122 | CREE Campeche, Campeche |
| 125 | CREE Chihuahua, Chihuahua. |
| 130 | CREE Toluca, Estado de México |
| 132 | CREE Tepic, Nayarit |
| 134 | CREE Oaxaca, Oaxaca |
| 135 | CREE Puebla, Puebla |
| 137 | CREE Chetumal, Quintana Roo |
| 138 | CREE San Luis Potosí, San Luis Potosí |
| 141 | CREE Cd. Victoria, Tamaulipas |
| 142 | CREE Jalapa, Veracruz |
| 143 | CREE Mérida, Yucatán |
| 144 | CREE Guadalupe, Zacatecas |
| 152 | CRI Guadalajara, Jal. |
| 153 | CRI Cuernavaca, Morelos |
| 154 | CRI Cuautla, Morelos |
| 160 | UBR Ensenada, Baja California Norte |

## 8.2. Catalogo de Servicios de Cuotas de Recuperación.

**8.2. CATALOGO DE SERVICIOS DE CUOTAS DE RECUPERACION**
**8.2.1 DIRECCION DE REHABILITACION**

| CLAVE | |
|---|---|
| **100** | **CONSULTAS TERAPIAS Y EXPEDICION DE DOCUMENTOS** |
| 101 | Reposición de Carnet |
| 102 | Constancia de Discapacidad |
| 103 | Consulta Médica Especializada |
| 104 | Consulta Paramédica |
| 105 | Sesión de Terapia |
| **200** | **ESTUDIOS** |
| 201 | Electromiografía |
| 202 | Electroencefalografía |
| 203 | Audiometría |
| 204 | Rayos X |
| 205 | Potenciales evocados |
| 206 | Electrocardiografía |
| 207 | Emisiones otoacústicas |
| 208 | Densitometría Ósea |
| 209 | Laboratorio de Marcha |

**CLAVE**

**300** **PROTESIS Y ÓRTESIS**

301 Prótesis para desarticulado de hombro
302 Prótesis para desarticulado de codo
303 Prótesis por arriba de codo
304 Prótesis por abajo de codo
305 Prótesis para desarticulado de muñeca
306 Prótesis parcial de mano
307 Prótesis para desarticulado cadera
308 Prótesis por arriba de rodilla
309 Prótesis para desarticulado de rodilla
310 Prótesis por debajo de Rodilla
311 Prótesis parcial de pie

313 Socket
314 Stubies

**ÓRTESIS**

315 Férula de polipropileno miembro superior
316 Férula de polipropileno miembro superior articulada
317 Férula de polipropileno miembro articulada
318 Férula de polipropileno miembro inferior articulada
319 Férula para dedo
320 Férula de Dennys Brown
321 Férula Freidjka
322 Cojin de Freidjka
323 Twisters
324 Plantilla convencional ( pieza)
325 Plantilla en pelite (pieza)
326 Insert foot
327 Corset en termoplástico
328 Corset metálico
329 Adaptación al zapato (pieza)
330 Arnés

**CLAVE**

331 Tirantera, espaldera, cabestrillo
332 Herradura o dona ortésica
333 Férulas de yeso
334 Collarín blando
335 Fajas cortas

**400 APARATOS ORTOPEDICOS**

**DURALUMINO**

401 Aparato largo unilateral
402 Aparato largo bilateral
403 Aparato largo bilateral con corset
404 Aparato corto unilateral
405 Aparato corto bilateral
406 Aparato de descarga
407 Rodillera mecánica

**MIXTOS**

408 Aparato largo unilateral
409 Aparato largo bilateral
410 Aparato largo bilateral con corset

**500 REPARACIONES PROTESIS Y ÓRTESIS**

**PROTESIS**

501 Menores
502 Intermedias
503 Mayores

**ÓRTESIS**

504 Menores
505 Intermedias
506 Mayores

| CLAVE | |
|---|---|
| **600** | **SERVICIOS ESCOLARES** |
| 601 | Examen de selección |
| 602 | Inscripción |
| 603 | Reinscripción |
| 604 | Colegiatura semestral |
| 605 | Examen profesional |
| 606 | Titulación |
| 607 | Examen extraordinario |
| 608 | Examen a titulo de suficiencia |
| 609 | Reposición de credencial |
| 610 | Constancia de estudios |
| 611 | Expedición de certificados |
| 612 | Cambio de carrera |
| 613 | Curso de regularización |
| **700** | **CAPACITACION EXTERNA** |
| 701 | Diplomados |
| 702 | Congresos |
| 703 | Cursos |
| 704 | Talleres |
| 705 | Simposium |
| 706 | Rotaciones |
| 707 | Foros |
| **800** | **ODONTOLOGIA** |
| 801 | Consulta |
| 802 | Obturación |
| 803 | Exodoncia |
| 804 | Profilaxis |
| 805 | Atención por cuadrante |

| CLAVE | |
|---|---|
| 806 | Aplicación de fluor |
| 807 | Rayos X periapical |
| 808 | Rayos X oclusal |
| **900** | **SERVICIO INTEGRAL** |
| 901 | Servicio integral |

## 8.3. Criterios para Determinar las Cuotas de Recuperación.

## 8.3. CRITERIOS PARA DETERMINAR LAS CUOTAS DE RECUPERACIÓN

- Ingresos en relación al salario mínimo.
- Diagnóstico (servicios a utilizar).
- Integración familiar.
- Dependencia económica
- Lugar de origen
- Si recibe atención médica en otra institución.
- Problemática familiar

**Tipos de Clasificación**

**Clasificación "A"**

- 7 Salarios mínimos o más
- de 1 a 2 integrantes en la familia sin dependencia económica
- Independiente económicamente
- Zona urbana
- Evaluación de la dinámica familiar

**Clasificación "B"**

- 5 a 6 salarios mínimos
- de 3 a 4 integrantes de la familia sin dependientes económicos
- Independencia económica
- Zona urbana
- Evaluación de la dinámica familiar

**Clasificación "C"**

- De 3 a 4 salarios mínimos
- De 5 a 6 integrantes de la familia
- Dependencia económica
- Zona urbana y / o semirural
- Evaluación de la dinámica familiar

**Clasificación "D"**

- De 1 a 2 salarios mínimos
- De 5 a 6 integrantes de la familia
- Independencia económica limitada o subempleo (no fijo)
- Zona urbana y / o rural
- Evaluación de la dinámica familiar

**Clasificación "E"**

- Hasta 1 salarios mínimos y /o sin ingresos fijos
- Parcial o total dependencia económica
- Zona urbana y / o rural
- Evaluación de la dinámica familiar
- Indigentes, Albergados y / o asociaciones gubernamentales.
- Internos en los Centros de Readaptación Social

**Ingreso Neto Mensual por Familia**

| 1,600 | 3,200 | 4,800 | 6,400 | 8,000 | 9,600 | 11,200 | 12,800 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. de Salarios Mínimos / No. Integrantes de la familia | Entre 1 y 2 Salarios Mínimos | Entre 3 y 4 Salarios Mínimos | Entre 5 y 6 Salarios Mínimos | 7 y más |
|---|---|---|---|---|
| 1 – 2 | 1,600 | 3.733 | 5.870 | 8,000 |
| 3 – 4 | 690 | 1.600 | 2.514 | 3.429 |
| 5 – 6 | 440 | 1,018 | 1.600 | 2.182 |
| Más de 7 | 320 | 750 | 1.173 | 1.600 |

| CLASIFICACION | A | B | C | D | E |
|---|---|---|---|---|---|

| No. de Salarios mínimos / No. de Integrantes de la familia | Entre 1 y 2 Salarios Mínimos | Entre 3 y 4 Salarios Mínimos | Entre 5 y 6 Salarios Mínimos | 7 y más |
|---|---|---|---|---|
| 1 – 2 | 75 | 112 | 150 | 150 |
| 3 – 4 | 32 | 75 | 112 | 150 |
| 5 – 6 | Exento | 32 | 75 | 112 |
| Más de 7 | Exento | Exento | 32 | 75 |

| | A | B | C | D |
|---|---|---|---|---|
| EJEMPLO; CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA | 150 | 112 | 75 | 32 |

## 8.4. Cobro de Cuotas de Recuperación.

**8.4.- COBRO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN**

**Con la finalidad de homologar el criterio para determinar el monto a cobrar por cada uno de los servicios que se otorgan en los Centros de Rehabilitación dependientes de la Dirección General de Rehabilitación, tanto a usuarios directos o subrogados, las tablas que a continuación se presentan serán afectadas por el incremento anual del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) obteniendo el factor de actualización correspondiente, dividiendo el mencionado índice del mes de diciembre del ejercicio que termina, entre el correspondiente INPC al mes de diciembre del ejercicio inmediato anterior; conforme a los índices que son publicados en el Diario Oficial de la Federación por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía y/o el organismo autónomo que tenga esa facultad, durante el mes de enero siguiente al que se trate, con un límite máximo de 10% de incremento si el INPC de referencia excede dicho porcentaje.**

**La base inicial del calculo que opera para el ejercicio 2011 son las tarifas establecidas en el catalogo de julio 2006 y la afectación por el incremento actualizado del INPC será de julio-2010 a junio-2011. Posteriormente para el mes de diciembre El procedimiento de actualización será considerando los referidos índices correspondientes a los de diciembre de 2011 y de junio del mismo año.**

**Para los subsecuentes ejercicios, la base de cálculo lo serán las tarifas contempladas en el catalogo del año anterior y la afectación por el incremento anualizado del INPC antes mencionado.**

| CLAVE | SERVICIOS | PRECIO POR SERVICIO (PESOS) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | CLASIFICACION | | | | |
| | | SUBROGADOS | A | B | C | D | E |
| | **Consultas** | | | | | | |
| 101 | REPOSICION DE CARNET | | | | | | EXENTO |
| 102 | CONSTANCIA DE DISCAPACIDAD | | | | | | EXENTO |
| 103 | CONSULTA DE PREVALORACION | | | | | | EXENTO |
| 104 | CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA | | | | | | EXENTO |
| 105 | CONSULTA PARAMEDICA | | | | | | EXENTO |
| | **Terapias** | | | | | | |
| 106 | SESION DE TERAPIA | | | | | | EXENTO |

| CLAVE | SERVICIOS | PRECIO POR SERVICIO (PESOS) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | CLASIFICACION | | | | |
| | | SUBROGADOS | A | B | C | D | E |
| **ESTUDIOS (Auxiliares de Diagnóstico)** | | | | | | | |
| 201 | ELECTROMIOGRAFIA | | | | | | EXENTO |
| 202 | ELECTROENCEFALOGRAFIA | | | | | | EXENTO |
| 203 | AUDIOMETRIA | | | | | | EXENTO |
| 204 | RAYOS X | | | | | | EXENTO |
| 205 | POTENCIALES PROVOCADOS | | | | | | EXENTO |
| 206 | ELECTROCARDIOGRAFIA | | | | | | EXENTO |
| 207 | EMISIONES OTOACUSTICAS | | | | | | EXENTO |
| 208 | DENSITOMETRIA OSEA | | | | | | EXENTO |
| 209 | LABORATORIO DE MARCHA | | | | | | EXENTO |

| CLAVE | SERVICIOS | PRECIO POR SERVICIO (PESOS) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | CLASIFICACION | | | | |
| | | SUBROGADOS | A | B | C | D | E |
| | **Prótesis** | | | | | | |
| 301 | PROTESIS PARA DESARTICULADO DE HOMBRO | | | | | | EXENTO |
| 302 | PROTESIS PARA DESARTICULADO DE CODO | | | | | | EXENTO |
| 303 | PROTESIS POR ARRIBA DE CODO | | | | | | EXENTO |
| 304 | PROTESIS POR ABAJO DE CODO | | | | | | EXENTO |
| 305 | PROTESIS PARA DESARTICULADO DE MUÑECA | | | | | | EXENTO |
| 306 | PROTESIS PARCIAL DE MANO | | | | | | EXENTO |
| 307 | PROTESIS PARA DESARTICULADO DE CADERA | | | | | | EXENTO |
| 308 | PROTESIS POR ARRIBA DE RODILLA | | | | | | EXENTO |
| 309 | PROTESIS PARA DESARTICULADO DE RODILLA | | | | | | EXENTO |

| CLAVE | SERVICIOS | PRECIO POR SERVICIO (PESOS) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | CLASIFICACION | | | | |
| | | SUBROGADOS | A | B | C | D | E |
| | **Prótesis** | | | | | | |
| 310 | PROTESIS POR DEBAJO DE RODILLA | | | | | | EXENTO |
| 311 | PROTESIS PARCIAL DE PIE | | | | | | EXENTO |
| 312 | PROTESIS DE SENOS | | | | | | EXENTO |
| 313 | SOCKET | | | | | | EXENTO |
| 314 | STUBIES | | | | | | EXENTO |
| | **Órtesis** | | | | | | |
| 315 | FERULA DE POLIPROPILENO MIEMBRO SUPERIOR | | | | | | EXENTO |
| 316 | FERULA DE POLIPROPILENO MIEMBRO SUPERIOR ARTICULADA | | | | | | EXENTO |
| 317 | FERULA DE POLIPROPILENO MIEMBRO INFERIOR | | | | | | EXENTO |
| 318 | FERULA DE POLIPROPILENO MIEMBRO INFERIOR ARTICULADA | | | | | | EXENTO |

| CLAVE | SERVICIOS | PRECIO POR SERVICIO (PESOS) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | CLASIFICACION | | | | |
| | | SUBROGADOS | A | B | C | D | E |
| | **Órtesis** | | | | | | |
| 319 | FERULA PARA DEDO | | | | | | EXENTO |
| 320 | FERULAS DE DENNYS BROWN | | | | | | EXENTO |
| 321 | FERULA FREIDJKA | | | | | | EXENTO |
| 322 | COJIN DE FREIDJKA | | | | | | EXENTO |
| 323 | TWISTERS | | | | | | EXENTO |
| 324 | PLANTILLA CONVENCIONAL (PIEZA) | | | | | | EXENTO |
| 325 | PLANTILLA DE PELITE (PIEZA) | | | | | | EXENTO |
| 326 | INSERT FOOT (PIEZA) | | | | | | EXENTO |
| 327 | CORSET EN TERMOPLASTICO | | | | | | EXENTO |
| 328 | CORSET METALICO | | | | | | EXENTO |

| CLAVE | SERVICIOS | PRECIO POR SERVICIO (PESOS) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | CLASIFICACION | | | | |
| | | SUBROGADOS | A | B | C | D | E |
| **Órtesis** | | | | | | | |
| 329 | ADAPTACIONES AL ZAPATO (PIEZA) | | | | | | EXENTO |
| 330 | ARNES | | | | | | EXENTO |
| 331 | TIRANTERA, ESPALDERA, CABESTRILLO | | | | | | EXENTO |
| 332 | HERRADURA O DONA ORTESICA | | | | | | EXENTO |
| 333 | FERULAS DE YESO | | | | | | EXENTO |
| 334 | COLLARIN BLANDO | | | | | | EXENTO |
| 335 | FAJAS CORTAS | | | | | | EXENTO |
| **Aparatos Ortopédicos de Duroaluminio** | | | | | | | |
| 401 | APARATO LARGO UNILATERAL | | | | | | EXENTO |
| 402 | APARATO LARGO BILATERAL | | | | | | EXENTO |
| 403 | APARATO LARGO BILATERAL CON CORSET | | | | | | EXENTO |

| CLAVE | SERVICIOS | PRECIO POR SERVICIO (PESOS) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | CLASIFICACION | | | | |
| | | SUBROGADOS | A | B | C | D | E |
| **Aparatos Ortopédicos de Duroaluminio** | | | | | | | |
| 404 | APARATO CORTO UNILATERAL | | | | | | EXENTO |
| 405 | APARATO CORTO BILATERAL | | | | | | EXENTO |
| 406 | APARATO DE DESCARGA | | | | | | EXENTO |
| 407 | RODILLERA MECANICA | | | | | | EXENTO |
| **Aparatos Ortopédicos Mixtos** | | | | | | | |
| 408 | APARATO LARGO UNILATERAL | | | | | | EXENTO |
| 409 | APARATO LARGO BILATERAL | | | | | | EXENTO |
| 410 | APARATO LARGO BILATERAL CON CORSET | | | | | | EXENTO |

| CLAVE | SERVICIOS | PRECIO POR SERVICIO (PESOS) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SUBROGADOS | CLASIFICACION | | | | |
| | | | A | B | C | D | E |
| | **Reparaciones Prótesis** | | | | | | |
| 501 | MENORES | | | | | | EXENTO |
| 502 | INTERMEDIAS | | | | | | EXENTO |
| 503 | MAYORES | | | | | | EXENTO |
| | **Reparaciones Órtesis** | | | | | | |
| 504 | MENORES | | | | | | EXENTO |
| 505 | INTERMEDIAS | | | | | | EXENTO |
| 506 | MAYORES | | | | | | EXENTO |

**Servicios Escolares**

| | | NACIONALES | EXTRANJEROS |
|---|---|---|---|
| 601 | EXAMEN DE SELECCIÓN | | |
| 602 | INSCRIPCION | | (DOLARES) |
| 603 | REINSCRIPCION | | (DOLARES) |
| 604 | COLEGIATURA SEMESTRAL | | (DOLARES) |

EXCEPCIONES POR BECAS SEP

| CLAVE | SERVICIOS | PRECIO POR SERVICIO (PESOS) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | CLASIFICACION | | | | |
| | | SUBROGADOS | A | B | C | D | E |

**Servicios Escolares**

| | | NACIONALES | EXTRANJEROS |
|---|---|---|---|
| 605 | EXAMEN PROFESIONAL | | |
| 606 | TITULACION | | |
| 607 | EXAMEN EXTRAORDINARIO | | |
| 608 | EXAMEN A TITULO DE SUFICIENCIA | | |
| 609 | REPOSICION DE CREDENCIAL | | |
| 610 | CONSTANCIA DE ESTUDIO | | |
| 611 | EXPEDICION DE CERTIFICADOS | | |
| 612 | CAMBIO DE CARRERA | | |
| 613 | CURSO DE REGULARIZACION | | |

**Eventos de Capacitación Externa**

| | | |
|---|---|---|
| 701 | DIPLOMADOS | |
| 702 | CONGRESOS | |
| 703 | CURSOS | |

| CLAVE | SERVICIOS | PRECIO POR SERVICIO (PESOS) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | CLASIFICACION | | | | |
| | | SUBROGADOS | A | B | C | D | E |
| | **Eventos de Capacitación Externa** | | | | | | |
| 704 | TALLERES | | | | | | |
| 705 | SIMPOSIUM | | | | | | |
| 706 | ROTACIONES | | | | | | |
| 707 | FOROS | | | | | | |
| | **Odontología** | | | | | | |
| 801 | CONSULTA | | | | | | EXENTO |
| 802 | OBTURACION | | | | | | EXENTO |
| 803 | EXODONCIA | | | | | | EXENTO |
| 804 | PROFILAXIS | | | | | | EXENTO |
| 805 | ATENCION POR CUADRANTE | | | | | | EXENTO |
| 806 | APLICACIÓN DE FLUOR | | | | | | EXENTO |
| 807 | RAYOS X PERIAPICAL | | | | | | EXENTO |
| 808 | RAYOS X OCLUSAL | | | | | | EXENTO |

| CLAVE | SERVICIOS | PRECIO POR SERVICIO (PESOS) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | CLASIFICACION | | | | |
| | | SUBROGADOS | A | B | C | D | E |
| | **Servicio Integral** | | | | | | |
| 901 | SERVICIO INTEGRAL | | | | | | EXENTO |

## 8.5. Formato para el Reporte Mensual de Cuotas de Recuperación de Unidades Operativas.

### 8.5 FORMATO PARA EL REPORTE MENSUAL DE CUOTAS DE RECUPERACION DE UNIDADES OPERATIVAS

**SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**
**DIRECCION DE REHABILITACION**
**REPORTE MENSUAL DE CUOTAS DE RECUPERACION**

| UNIDAD OPERATIVA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | 1 | CENTRO DE COSTO | 2 | DIA | MES 3 | AÑO |
| | | | | | | |

PERIODO QUE SE REPORTA: 4

| SERVICIOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CLAVE 5 | CONCEPTO 6 | TIPO DE TARIFA 7 | CANTIDAD DE SERVICIOS 8 | CUOTA DE RECUPERACION 9 | IMPORTE 10 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | |

**8.5.1 INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA EL FORMATO DE REPORTE MENSUAL DE CUOTAS DE RECUPERACION DE UNIDADES OPERATIVAS**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|

1. Anotar nombre de la Unidad Operativa correspondiente.
2. Anotar centro de costo que le corresponda a la Unidad Operativa.
3. Anotar la fecha de elaboración del reporte.
4. Anotar el periodo que se reporta.
5. Anotar la clave del servicio, de acuerdo con el Anexo número 8.3 de este documento, acompañando del tipo de tarifa que corresponda.
6. Anotar el concepto del servicio, de acuerdo con el Anexo número 8.3 de este documento.
7. Anotar Clasificación del servicio, de acuerdo con el Anexo número 8.4 de este documento.
8. Anotar la cantidad de servicios proporcionados.
9. Anotar el importe de la cuota de recuperación por el servicio.
10. Realizar la operación aritmética que resulte del punto número 8 y del número 9.
11. Realizar la sumatoria del total de los servicios proporcionados.
12. Realizar la sumatoria del total de los importes captados por los servicios.
13. Anotar aclaraciones como por ejemplo detallar los números de folios de los comprobantes de cuotas de recuperación cancelados, servicios exentos, o bien todas las aclaraciones u observaciones que se consideren relevantes.
14. Anotar el número de folios utilizados: Folio Inicial y Folio Final. El número de folios utilizados deberá coincidir con el número de servicios proporcionados.
15. Nombre y firma de la persona que elabora el reporte.
16. Nombre y firma del responsable de la Unidad Operativa.

## 8.5.2 Formato para el Reporte Mensual de Cuotas de Recuperación Relación de Folios Utilizados.

DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION
DEPARTAMENTO DE APOYO PRESUPUESTAL

**RELACION DE FOLIOS UTILIZADOS DIA A DIA**

SECRETARÍA DE SALUD

| No. (1) | MONTO DIARIO (2) | FECHA DE UTILIZACION DE LOS FOLIOS (3) | DEL FOLIO (4) | AL FOLIO | TOTAL DE FOLIOS DIARIOS (6) | N° DE FOLIOS PARA SERVICIOS DIRECTOS (7) | N° DE FOLIOS PARA SERVICIOS SUBROGADOS (8) | FOLIOS CANCELADOS (9) | TOTAL (10) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | | | | | | **(11)** | **(12)** | **(13)** | **(14)** |

| | |
|---|---|
| TOTAL DE FOLIOS UTILIZADOS EN SERVICIOS DIRECTOS EN EL MES | **(15)** |
| TOTAL DE FOLIOS UTILIZADOS EN SERVICIOS SUBROGADOS EN EL MES | **(16)** |
| TOTAL DE FOLIOS CANCELADOS EN EL MES | **(17)** |

| DOTACION TOTAL DE RECIBOS | DEL FOLIO | AL FOLIO | TOTAL DE RECIBOS UTILIZADOS EN EL MES | PORCENTAJE DE FOLIOS UTILIZADOS EN EL MES | PORCENTAJE DE FOLIOS UTILIZADOS A LA FECHA |
|---|---|---|---|---|---|
| **(18)** | **(19)** | **(20)** | **(21)** | **(22)** | **(23)** |

OBSERVACIONES

**(24)**

ELABORO

**(25)**

NOMBRE Y FIRMA

AUTORIZA

**(26)**

NOMBRE Y FIRMA

**8.5.3 INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA EL FORMATO DEL REPORTE MENSUAL DE CUOTAS DE RECUPERACION RELACION DE FOLIOS UTILIZADOS**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|

1. Número consecutivo.
2. Monto Diario.
3. Fecha de Elaboración de los recibos (por día).
4. No. de Folio inicial.
5. No. de Folio Final.
6. Total de Folios Diarios.
7. Cantidad de Recibos Utilizados en Usuarios Directos.
8. Cantidad de Recibos Utilizados en Servicios Subrogados.
9. Cantidad de Recibos Cancelados.
10. Total de Recibos utilizados durante el mes.
11. Total de Recibos Utilizados en Usuarios Directos durante el mes.
12. Total de Recibos Utilizados en Servicios Subrogados durante el mes.
13. Total de Recibos Cancelados durante el mes.
14. Total de Recibos Utilizados Usuarios Directos, Servicios Subrogados y Folios Cancelados.
15. No. de Recibos Utilizados en Usuarios Directos durante el mes.
16. No. de Recibos Utilizados en Servicios Subrogados durante el mes.
17. Total de Folios Cancelados en el mes.
18. Dotación de Recibos recibidos.
19. Folio del Recibo Inicial utilizado durante el mes.
20. Folio del Recibo Final utilizado en el mes.
21. Total de Recibos Utilizados durante el mes.
22. Porcentaje de Folios Utilizados en el mes.
23. Porcentaje de Folios Utilizados a la fecha.
24. Observaciones.
25. Nombre y firma de la persona que elabora el reporte.
26. Nombre y firma de la persona que autoriza.

## 8.5.4 Formato para el Reporte Mensual de Cuotas de Recuperación Relación de Recibos Cancelados.

### 8.5.4 FORMATO PARA EL REPORTE MENSUAL DE CUOTAS DE RECUPERACION RELACION DE RECIBOS CANCELADOS

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DEPARTAMENTO DE APOYO PRESUPUESTAL

**RELACION DE RECIBOS CANCELADOS**

SECRETARIA DE SALUD

FECHA DE ELABORACIÓN **(1)**

| No. **(2)** | NUMERO DEL RECIBO **(3)** | MOTIVO DE LA CANCELACION **(4)** | No. | NUMERO DEL RECIBO | MOTIVO DE LA CANCELACION |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | 41 | | |
| 2 | | | 42 | | |
| 3 | | | 43 | | |
| 4 | | | 44 | | |
| 5 | | | 45 | | |
| 6 | | | 46 | | |
| 7 | | | 47 | | |
| 8 | | | 48 | | |
| 9 | | | 49 | | |
| 10 | | | 50 | | |
| 11 | | | 51 | | |
| 12 | | | 52 | | |
| 13 | | | 53 | | |
| 14 | | | 54 | | |
| 15 | | | 55 | | |
| 16 | | | 56 | | |
| 17 | | | 57 | | |
| 18 | | | 58 | | |
| 19 | | | 59 | | |
| 20 | | | 60 | | |
| 21 | | | 61 | | |
| 22 | | | 62 | | |
| 23 | | | 63 | | |
| 24 | | | 64 | | |
| 25 | | | 65 | | |
| 26 | | | 66 | | |
| 27 | | | 67 | | |
| 28 | | | 68 | | |
| 29 | | | 69 | | |
| 30 | | | 70 | | |
| 31 | | | 71 | | |
| 32 | | | 72 | | |
| 33 | | | 73 | | |
| 34 | | | 74 | | |
| 35 | | | 75 | | |
| 36 | | | 76 | | |
| 37 | | | 77 | | |
| 38 | | | 78 | | |
| 39 | | | 79 | | |
| 40 | | | 80 | | |

TOTAL: **(5)**

ELABORO

**(6)**

NOMBRE Y FIRMA

AUTORIZO

**(7)**

NOMBRE Y FIRMA

**8.5.5 INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO PARA EL REPORTE MENSUAL DE CUOTAS DE RECUPERACION RELACION DE RECIBOS CANCELADOS**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| | 1. Fecha de elaboración.<br>2. No. consecutivo.<br>3. No. Recibo.<br>4. Descripción de la cancelación del recibo.<br>5. Total de recibos cancelados en el mes.<br>6. Nombre y firma de la persona que elabora el documento.<br>7. Nombre y firma de la persona que autoriza el documento |

## 8.5.6 Formato para el Reporte Mensual de Cuotas de Recuperación de Servicios Subrogados.

### 8.5.6 FORMATO PARA EL REPORTE MENSUAL DE CUOTAS DE RECUPERACION DE SERVICIOS SUBROGADOS

**SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**
**DIRECCION DE REHABILITACION**
**REPORTE MENSUAL DE CUOTAS DE RECUPERACION**

| UNIDAD OPERATIVA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | 1 | CENTRO DE COSTO | 2 | DIA | MES | AÑO |
| | | | | | 3 | |

PERIODO QUE SE REPORTA: 4

| SERVICIOS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CLAVE | CONCEPTO | CLASIFICACIÓN DE TARIFA | CANTIDAD DE SERVICIOS 8 | CUOTA DE RECUPERACION | IMPORTE | |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | TOTALES | 11 | | 12 | |

| OBSERVACIONES: |
|---|
| 13 |

| NUMEROS DE FOLIOS UTILIZADOS 14 |
|---|

| 15 | | 16 |
|---|---|---|
| NOMBRE Y FIRMA | | NOMBRE Y FIRMA |
| ELABORO | | RESPONSABLE DEL CENTRO |

## 8.5.7 INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO PARA EL REPORTE MENSUAL DE CUOTAS DE RECUPERACION DE SERVICIOS SUBROGADOS

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|

1. Anotar nombre de la Unidad Operativa correspondiente.
2. Anotar centro de costo que le corresponda a la Unidad Operativa
3. Anotar la fecha de elaboración del reporte.
4. Anotar el periodo que se reporta.
5. Anotar la clave del servicio, de acuerdo con el Anexo número 8.3 de este documento, acompañando del tipo de tarifa que corresponda.
6. Anotar el concepto del servicio, de acuerdo con el Anexo número 8.3 de este documento.
7. Anotar clasificación de tarifa, de acuerdo al Anexo 8.4 de este documento.
8. Anotar la cantidad de servicios proporcionados.
9. Anotar el importe de la cuota de recuperación por el servicio
10. Realizar la operación aritmética que resulte del punto número 9 y del número 10.
11. Realizar la sumatoria del total de los servicios proporcionados
12. Realizar la sumatoria del total de los importes captados por los servicios.
13. Anotar aclaraciones como por ejemplo detallar los números de folios de los comprobantes de cuotas de recuperación cancelados, servicios exentos, o bien todas las aclaraciones u observaciones que se consideren relevantes.
14. Anotar el número de folios utilizados: Folio Inicial y Folio Final. El número de folios utilizados deberá coincidir con el número de servicios proporcionados.
15. Nombre y firma de la persona que elabora el reporte.
16. Nombre y firma del responsable de la Unidad Operativa.

## 8.5.8 Formato para el Reporte de Movimientos de Servicios Subrogados.

### 8.5.8 FORMATO PARA EL REPORTE DE MOVIMIENTOS DE SERVICIOS SUBROGADOS

DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION
DEPARTAMENTO DE APOYO PRESUPUESTAL

REPORTE DE MOVIMIENTOS DE SERVICIOS SUBROGADOS

NOMBRE DEL CENTRO: 1 _____

CENTRO DE COSTO: 2 _____

| ADEUDO | | | | | | | INGRESO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° 3 | N° DE FOLIO O RECIBO 4 | FECHA DEL RECIBO 5 | OFICIO Y FECHA CON LA QUE SE REPORTA EL ADEUDO 6 | NOMBRE DE LA INSTITUCION 7 | PERIODO 8 | IMPORTE 9 | N° DE OFICIO Y FECHA CON LA QUE SE REPORTA EL PAGO 10 | FECHA DE INGRESO A LA CUENTA DEL SNDIF 11 | IMPORTE 12 |
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | |
| TOTAL DE ADEUDOS: 13 | | | | | | $ - | TOTAL INGRESADO 14 | | $ - |

DIFERENCIA ENTRE ADEUDOS E INGRESOS 15 $ -

**DE 8.5.9 INSTRUCTIVO LLENADO PARA EL REPORTE DE MOVIMIENTOS DE SERVICIOS SUBROGADOS**

| NO. | DEBE DECIR |
|---|---|
| | 1. Anotar nombre de la Unidad Operativa correspondiente. |
| | 2. Anotar centro de costo que le corresponda a la Unidad Operativa. |
| | 3. Número consecutivo. |
| | 4. Número de folio ó recibo. |
| | 5. Fecha de recibo. |
| | 6. Oficio y fecha con la que se reporto el adeudo. |
| | 7. Nombre de la Institución. |
| | 8. Periodo. |
| | 9. Importe. |
| | 10. Oficio y fecha de reporte de pago. |
| | 11. Fecha de Ingreso a la Cuenta del SNDIF. |
| | 12. Importe. |
| | 13. Total de Adeudos. |
| | 14. Total de Ingresos. |

## 8.5.10 FORMATO DE RECIBO ÚNICO DE INGRESOS


## 8.5.10 FORMATO DE RECIBO ÚNICO DE INGRESOS

## 8.5.11 INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA EL RECIBO ÚNICO DE INGRESOS

1. Anotar nombre de la Unidad Operativa correspondiente.
2. Fecha de expedición del Recibo.
3. Nombre del paciente ó Institución.
4. No. de expediente.
5. Número de clave del servicio otorgado, de acuerdo con el Anexo 8.3 del Procedimiento para Asignar y Controlar las Cuotas de Recuperación.
6. Nombre del Servicio, de acuerdo con el Anexo 8.3 del Procedimiento en materia.
7. Cantidad de Servicios otorgados.
8. Anotar el importe de la Cuota de recuperación autorizada por el Servicio.
9. Importe total, realizando la operación aritmética que resulte del punto 7 y 9.
10. Importe total general, por los servicios otorgados.
11. Periodo del servicio (servicios subrogados) y fecha (servicios directos).
12. Total de cuota recuperada.
13. Importe total con letra.
14. Anotar tipo de Servicio.
15. Anotar clave del Centro.
16. Firma del cajero en turno.
17. Registrar sello de caja.