

**Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Jalisco**  
**Dirección de Atención a Personas con Discapacidad**  
**Informe Mensual de Unidades de Rehabilitación**

|                                 |   |  |                                   |                            |                               |
|---------------------------------|---|--|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| <b>Nombre del Médico:</b>       | <b>Dra. Paola Ascencio Aquino</b>                           | <b>Unidad de Rehabilitación:</b>                       | <b>CONCEPCIÓN DE BUENOS AIRES</b> | <b>Fecha:</b>              | <b>15 de 09-15 de 10 2021</b> |
| <b>Responsable del Informe:</b> | <b>Maria de Jesus Diaz Martinez/Lilia Herrera Hernandez</b> | <b>Correo electrónico del responsable del Informe:</b> | <b>lizocho@hotmail.com</b>        | <b>consulta 25-09-2021</b> |                               |

**Rangos de edad de pacientes de primera vez en la Unidad de Rehabilitación**

| Edad         | < 1      |          | 1 a 4    |          | 5 a 9    |          | 10 a 14  |          | 15 a 19  |          | 20 a 29  |          | 30 a 39  |          | 40 a 49  |          | 50 a 59  |          | 60 a 69  |          | 70 a 79  |          | > 80     |          | Total    |          |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Sexo         | H        | M        | H        | M        | H        | M        | H        | M        | H        | M        | H        | M        | H        | M        | H        | M        | H        | M        | H        | M        | H        | M        | H        | M        |          |          |
|              |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          | 1        | 1        |          | 1        |          | 2        |          |          |          | 1        |          |          |          |          |          | 1        |
| <b>Total</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>0</b> | <b>2</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>1</b> |

**Personas atendidas**

| Terapia Fisica |           |           |           |
|----------------|-----------|-----------|-----------|
|                | H         | M         | Total     |
| 1ra. Vez       | 1         | 5         | 6         |
| Subs           | 11        | 19        | 30        |
| <b>Total</b>   | <b>12</b> | <b>24</b> | <b>36</b> |

| Terapia Ocupacional |          |          |          |
|---------------------|----------|----------|----------|
|                     | H        | M        | Total    |
| 1ra. Vez            |          |          | 0        |
| Subs                |          |          | 0        |
| <b>Total</b>        | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> |

| Terapia de Lenguaje |          |          |          |
|---------------------|----------|----------|----------|
|                     | H        | M        | Total    |
| 1ra. Vez            |          |          | 0        |
| Subs                |          |          | 0        |
| <b>Total</b>        | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> |

**Terapias otorgadas**

| Terapia Fisica |     |               |
|----------------|-----|---------------|
| H              | M   | Prog. de casa |
| 1              | 5   |               |
| 56             | 102 |               |

| T. Ocupacional |   |               |
|----------------|---|---------------|
| H              | M | Prog. de casa |
|                |   |               |
|                |   |               |

| T. de Lenguaje |   |               |
|----------------|---|---------------|
| H              | M | Prog. de casa |
|                |   |               |
|                |   |               |

**Pac. Sub.**

| H            | M         |
|--------------|-----------|
| 11           | 19        |
| <b>Total</b> | <b>30</b> |

**Modalidad de Terapia**

|              |            |
|--------------|------------|
| Mecano       | 154        |
| Electro      | 133        |
| Hidro        | 142        |
| <b>Total</b> | <b>429</b> |

| Otros Serv.                   | H        | M        | Total    |
|-------------------------------|----------|----------|----------|
| Dental                        |          |          | 0        |
| Optometria                    |          |          | 0        |
| Nutrición                     |          |          | 0        |
| Podología                     |          |          | 0        |
| Val. Med. P/ Sillas y/o Cred. |          |          | 0        |
| Otros                         |          |          | 0        |
| <b>Total</b>                  | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>0</b> |

**Consulta Medica**

| Consulta     | H        | M         | Total     |
|--------------|----------|-----------|-----------|
| 1ra. Vez     | 1        | 5         | 6         |
| Subs         | 3        | 8         | 11        |
| <b>Total</b> | <b>4</b> | <b>13</b> | <b>17</b> |

**Principal causa de atención**

|                 |
|-----------------|
| GNONARTROSIS    |
| HOMBRO DOLOROSO |
| LUMBALGIA       |

| Trabajo Social  |   |   |       |
|-----------------|---|---|-------|
| Pers. Atendidas | H | M | Total |
|                 |   |   | 0     |

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

**Pláticas**

|                    |          |
|--------------------|----------|
| Eventos            |          |
| Personas           |          |
| <b>Detecciones</b> | <b>0</b> |

| Total de terapias otorgadas |     |       |
|-----------------------------|-----|-------|
| H                           | M   | Total |
| 57                          | 107 | 164   |

**Personas con discapacidad que acudieron**

| Visual | Auditiva | Motora | Intelectua | Múltiple | TEA* |
|--------|----------|--------|------------|----------|------|
|        |          | 6      | 1          | 1        |      |

\*Transtorno espectro autista

| Altas   |   |           |   |                  |   |              |   |       |   |
|---------|---|-----------|---|------------------|---|--------------|---|-------|---|
| Mejoría |   | Defunción |   | Máximo Beneficio |   | Inasistencia |   | Total |   |
| H       | M | H         | M | H                | M | H            | M | H     | M |
|         |   |           |   |                  |   |              |   | 0     | 0 |

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

| Medico Esp. | Medico Gral. | Psic. | Trabajo Social | Terapeuta Físico | Terapia Ocupacional | Terapeuta Lenguaje | PSS T.F. | Aux. T.F. | Pers. Advo. | Otr |
|-------------|--------------|-------|----------------|------------------|---------------------|--------------------|----------|-----------|-------------|-----|
| 1           |              |       |                | 1                |                     |                    |          | 1         |             |     |

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| <b>Total de Servicios</b> | <b>181</b> |
|---------------------------|------------|

Nombre y firma del responsable del informe