"2022, AÑO DEL CENTENARIO DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE OAXACA"

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN DE LA UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN

DEL H. AYUNTAMIENTO DE SAN PEDRO POCHUTLA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
2023

DIRECCIÓN DE LA UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN

DEL H. AYUNTAMIENTO DE SAN PEDRO POCHUTLA.

ÍNDICE

I. PRESENTACIÓN 4
M I S I Ó N: 5
V I S I Ó N 5
OBJETIVO. 6
ORGANIGRAMA 7
LISTA DE PERSONAL 8
REGLAMENTO INTERNO DE PACIENTES 9
PROCEDIMIENTOS 11
ÁREA DE RECEPCIÓN 12
ÁREA DE MEDICA 19
ÁREA DE TERAPIA FISICA 20
ÁREA DE ODONTOLOGÍA 21
ÁREA DE TERAPIA DE LENGUAJE. 27
ÁREA DE PSICOLOGÍA 35
ÁREA DE PEDAGOGÍA 40
DIAGRAMAS 44
DIAGRAMA DE RECEPCIÓN 45
DIAGRAMA DEL AREA MEDICA 50
DIAGRAMA DE TERAPIA FÍSICA 51
DIAGRAMA DE ODONTOLOGÍA 52
DIAGRAMA DE TERAPIA DE LENGUAJE 55
AREA DE PSICOLOGÍA 58
DIAGRAMA DE FLUJO PEDAGOGÍA 60
GLOSARIO: 63
ANEXOS 67

I. PRESENTACIÓN.

El presente manual, servirá como una herramienta de guía para conocer paso a paso los procedimientos que se llevan a cabo para el ingreso de cada paciente en las diferentes áreas que conforman la Unidad Básica de Rehabilitación del Municipio de San Pedro Pochutla, también permitirá conocer los objetivos planteados, así como la visión y misión de esta Unidad.

De esta manera permitirá al lector involucrarse en el proceso que se requiere llevar para que los servicios que ofrece la UBR Pochutla, sean de manera integral y complementen la reintegración de los pacientes que acuden en busca de ayuda para su recuperación.

El manual maneja un amplio panorama de cada área, los procedimientos que cada una lleva a cabo, además de saber sobre los seguimientos que se dan en las necesidades de los pacientes al recibir las terapias.

El contenido que se presenta describe a cada una de las áreas, así como su secuencia que llevan, sus objetivos a lograr, la intervención que tiene ante las necesidades de los pacientes, el diagrama de flujo que muestra la ruta a seguir para conocer el procedimiento que permite ofrecer un tratamiento y servicio íntegro y de calidad para la ciudadanía.

MISIÓN.

Contribuir el mejoramiento de la calidad de vida, de cada uno de los pacientes mediante la rehabilitación integral de los diferentes padecimientos y discapacidades transitorias y permanentes, brindando una atención óptima de acuerdo a las necesidades y expectativas de cada paciente mediante los conocimientos propios de cada terapeuta tanto teóricos prácticos y de la experiencia profesional para poder brindar un servicio de calidad.

VISIÓN.

Poder convertirse en una dependencia con una capacidad de atención y calidad para el mayor número de personas que padecen algún padecimiento incapacitante de cualquier índole, que se pueda contar con una infraestructura adecuada e inclusiva en su totalidad, también poder contar con el recurso humano necesario para una mayor atención a la población, contar con el mayor número de materiales y equipo para todas las áreas de atención, que las mismas se encuentren en óptimas condiciones para que el servicio sea de manera integral y de calidad.

OBJETIVO.

Presentar el manual de los procedimientos que se llevan a cabo en la Unidad y en todas las áreas que conforman la UBR de San Pedro Pochutla tiene como objetivo dar a conocer todo el proceso y orden secuencial que se realiza desde el momento que una persona solicita el servicio en cualquiera de sus áreas, cuando se le da el espacio, el seguimiento de su tratamiento y terapias, hasta que se le da de alta por su recuperación o así mismo si el paciente lo solicita. Mostrar al lector el trabajo que se realiza con cada uno de los casos que se atienden en esta unidad, el trato y atención que se le brinda a los pacientes para que puedan sentirse a gusto al acudir a la Unidad, es por eso que como dependencia manejamos un mismo objetivo.

Objetivo General de la Unidad Básica de Rehabilitación de San Pedro Pochutla, es proporcionar servicios de atención en su rehabilitación en las diferentes necesidades de cada persona en cada una de las áreas que conforman la Unidad Básica de Rehabilitación de San Pedro Pochutla, como los son: Medicina General, Terapia Física, Odontología, Psicología, Terapia de Lenguaje y Pedagogía, brindado el apoyo para poder ofrecer una rehabilitación a personas que tengan una discapacidad temporal o permanente, ya sea física, emocional o cognitiva, para lo cual se implementarán acciones de prevención y detección oportuna y adecuada de factores de riesgo que puedan afectar a la población en las diferentes edades y etapas de su vida.

ORGANIGRAMA.

LISTA DE PERSONAL.

N°	PUESTO
1.	DIRECTORA
2.	COORDINADORA
3.	SECRETARIA
4.	MÉDICO GENERAL
5.	TERAPEUTA DE LENGUAJE
6.	TERAPEUTA DE LENGUAJE
7.	ODONTÓLOGA
8.	PSICÓLOGA
9.	CHOFER
10.	INTENDENCIA

REGLAMENTO INTERNO DE PACIENTES

I. Presentarse con aliño personal a su consulta médica o terapias.
II. Asistir con su carnet de citas en buenas condiciones.
III. Presentarse puntual a su cita programada (presentarse 10 min antes de su horario).
IV. Pagar su cuota asignada a su consulta o terapia.
V. En caso de que el paciente sea adulto mayor, menor de edad o con discapacidad debe acudir acompañado de su tutor o responsable, a las terapias y permanecer en el área lo que dure cada sesión.
VI. En caso de no asistir a su consulta o terapia favor de reportarlo vía telefónica.
VII. 3 faltas consecutivas injustificadas se pausará el servicio temporalmente e ingresará a la lista de espera.
VIII. Prohibido utilizar el equipo electro médico sin la supervisión de su terapeuta.
IX. El usuario deberá ser tratado con amabilidad y respeto por parte del personal.
X. De la misma manera deberá respetar al personal y las instalaciones del centro y mantenerlos limpios.

REGLAMENTO PARA EL ÁREA DE HIDROTERAPIA.

I. Utilizar la ropa adecuada, uso de traje de baño (no sustituirlo por ropa interior)
II. Uso de gorra de natación.
III. Uso de googles
IV. Uso de sandalias.
V. Acudir 15 minutos antes, para ingresar al tanque.
VI. No maquillaje.
VII. No usar productos en el cabello (gel, aceite, crema, etc.).
VIII. No portar esmalte en las uñas.
IX. No tener enfermedades infectocontagiosas en la piel ni heridas expuestas.
X. Paciente infantil que no presenten control de esfínter deberá acudir con pañales especial para agua.
XI. No realizar actividades distintas a las indicadas por su terapeuta.
XII. Evitar actos inseguros que pongan en riesgo a los pacientes y/o acompañantes.
XIII. Cuidar el material que proporciona dentro de la institución.
XIV. Solo deberá ingresar el paciente y en caso necesario un familiar responsable.
XV. Mantener la disciplina en todo momento.
XVI. El uso será exclusivo para pacientes registrados en el Centro.
XVII. Mantener limpias las instalaciones, no tirando basura.
XVIII. Si no se encuentra el terapeuta no podrá ingresar el paciente al tanque terapéutico.
XIX. Si el paciente y/o acompañante incurren en faltas serán dados de baja temporalmente hasta su nuevo envío por el médico tratante.

PROCEDIMIENTOS

ÁREA DE RECEPCIÓN

DEFINICIÓN:

El área de recepción es el primer contacto al ingreso y a su salida de las personas que acuden a tomar sus terapias o requieren la información general de la UBR, la cual a su vez se relaciona con todas las áreas teniendo a cargo el manejo de las agendas asignando días y horarios a las citas y encargándose de que los pacientes sean atendidos en tiempo y forma y que el día fluya de acuerdo a la agenda programada y es encargada de la caja de cuotas de recuperación

LISTA DE PROCEDIMIENTOS:

1. Recepción de pacientes.
2. Ingreso de pacientes.
3. Apertura de expedientes y reportes de DIF Estatal.
4. Manejo de cuotas de recuperación.
   Manejo de formatos de UBR

PROCEDIMIENTOS 1.

1	Recepción de pacientes.
PROCEDIMIENTO	Procedimiento de la recepción de pacientes y personas que nos visitan, e ingreso de las personas solicitando información o solicitando alguna cita.
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO	Brindar la información correcta y adecuada para las personas que necesitan algún servicio que ofrece la unidad o en su defecto información referente al área en cuanto a los días de atención, y teléfonos en los que se pueden contactar para alguna duda o información.

POLÍTICAS Y NORMA DE OPERACIÓN PARA EJECUTAR EL PROCEDIMIENTO

1. Al momento del ingreso de los nuevos visitantes, pacientes o familiares se recibe con un trato de cordialidad y amabilidad preguntando cual es el motivo de su visita y realizando el proceso de sanitización para darle la atención de acuerdo a sus motivos de visita.

a) si la visita de las personas es para solicitar información sobre los servicios

Se le informa que es un área que depende de DIF municipal la cual pertenece al H. Ayuntamiento de San Pedro Pochutla y que a su vez reportamos nuestras actividades a DIF Estatal Oaxaca, informando cuales son las áreas con las que se cuenta, horarios y costo de la cuota de recuperación en las diferentes áreas las cuales se mencionan a continuación:

- Terapia Física $50.00
- Terapia De Lenguaje, Pedagogía, Psicología $30.00
- Consulta Médica General o valoración $30.00 consulta más toma de glucosa $50.00
- Odontología, en esta área la primera valoración no tiene costo en ella, la odontóloga encargada le dará los costos al tratamiento que realice.
- Se informa también que las personas con discapacidad no pagan por el servicio y al resto de las personas que no cuenten con suficiente solvencia económica, no paga cuota de recuperación, cada terapeuta en su respectiva área le realiza el estudio socioeconómico para determinar su capacidad de pago.

c) si lo que solicita el visitante es una cita en algunas de las áreas el requisito depende de cuál es la que solicita;

- **Terapia Física**: se le pregunta si ya cuenta con una referencia por algún médico general o traumatólogo que indique que la persona requiere terapia de rehabilitación, si su repuesta es **si** y al realizar la revisión de la misma viene determinado el diagnóstico y recomendaciones específicas y de igual forma cuenta con estudios y placas que lo complementan se le asigna un espacio siempre y cuando se cuente con él, en caso de tener

agenda llena en ese momento se ingresa en una lista de espera tomando su nombre y número telefónico para contactarlo en cuanto haya un espacio y llegue su turno, en caso de que la respuesta sea **no** se le da una cita con el médico del área, en caso de contar con el si no fuera el caso se le recomienda asistir con el medico de su preferencia para que le haga la referencia que se requiere por lo tanto queda en lista de espera para cuando llegue su turno se le llame y si ya cuenta con ella se le dé un horario para la primera cita.

- **Psicología, Pedagogía y Terapia De Lenguaje**: si se cuenta con espacio se le da una cita para entrevista en el área solicitada en caso de que no, se ingresa a la lista de espera y se le toma sus datos de contacto.
- **Odontología y Consulta General**: se le agenda en ese mismo momento una cita en el día que se tenga disponible en la agenda tomando sus datos como son nombre, edad, domicilio y teléfono e informándole el día y la hora en la que se tiene presentar.

Cabe mencionar que a todas las personas que se les da un espacio, se les hace mención que en caso de no poder asistir a su cita deberán notificarlo por teléfono para re agendarle una nueva cita.

PROCEDIMIENTOS 2.

2	Ingreso de pacientes.
PROCEDIMIENTO	Proceso de ingreso cuando el solicitante queda en una lista de espera. y el proceso de ingreso cuando ya se le asigna un espacio al solicitante al igual que las reglas que tiene que seguir un paciente para mantener su espacio en el área.
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO	Se hace con la finalidad de que la persona que realiza una solicitud tenga la certeza de que tendrá el seguimiento correspondiente y en el caso de cuando se les asigna un espacio comprenda la importancia de mantener activo su espacio asistiendo y cumpliendo con las reglas que le permitan mantener el mismo para beneficio de su rehabilitación.

POLÍTICAS Y NORMA DE OPERACIÓN PARA EJECUTAR EL PROCEDIMIENTO

a) Se maneja una agenda por cada área actualizándola cada semana de acuerdo a los pacientes que asisten y moviendo a los que ya no asisten para ingresar a los nuevos que se encuentran en lista de espera e ingresándolos de acuerdo a su número de lista.

Cuando se le contacta al paciente para que se le brinde el espacio solicitado se les pide traer documentación personal para integrarlo a su expediente los cuales son los siguientes:

- copia de la credencial de elector
- copia de la CURP
- copia del comprobante de domicilio
- copia del acta de nacimiento
- copias de la referencia e historial médico con la que cuente el paciente.

b) si la persona ya es paciente y cuenta con un horario asignado;

- En caso de que no pueda asistir a su terapia tiene la obligación de avisar de ser posible con días de anticipación o al inicio de las labores del día que tiene su cita.
- El paciente solo puede tener derecho a 3 faltas consecutivas sin reportarse, después de las mismas si no tenemos contacto alguno por parte del paciente o tutor se le pausa la terapia e ingresa a la lista de espera hasta que vuelvan a requerir el servicio.
- El paciente tiene que llegar 10 min. antes de su horario asignado, y si es menor de edad, adulto mayor o persona con discapacidad debe llegar acompañado de su responsable.
- Deberá traer consigo su carnet de citas en la cual se le firma de asistencia y se le anota su próxima cita.

PROCEDIMIENTOS 3.

3	Apertura de expedientes y reportes de DIF Estatal.
PROCEDIMIENTO	Procedimiento para abrir el expediente clínico de un paciente y el procedimiento para realizar el reporte mensual de actividades a la dependencia de DIF estatal.
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO	Esto es con la finalidad de tener la mayor cantidad de información posible de cada persona que asiste a la unidad y así realizar un reporte detallado para cuando sea revisado por la dirección de UBR de igual forma el reporte se realiza para poder obtener beneficios por parte de DIF estatal de acuerdo al desempeño que se realiza en cada una de las áreas que conforma la unidad.

POLÍTICAS Y NORMA DE OPERACIÓN PARA EJECUTAR EL PROCEDIMIENTO

a) El proceso para abrir un expediente de la persona que ya es paciente en el área, consiste en recopilar los documentos que se le solicitan al ingresar por primera vez como paciente, e ingresarlo al archivero con una carpeta por paciente las cuales están seccionado en partes divididos como; terapia física, pacientes de la diferentes áreas activos e inactivos.

b) Se realiza un reporte mensual a DIF estatal donde cada uno de los terapeutas anota en los formatos que se les proporciona la cantidad de pacientes que atiende divididos en los siguientes rubros;

- edades
- sexo
- primera vez y subsecuentes
- diagnósticos más frecuentes
- personas transportadas en la unidad móvil.
- se captura toda la información recopilada en un solo formato y se envía al correo oficial de DIF estatal en formato de Excel y PDF firmado y sellado por la directora de la UBR.

PROCEDIMIENTOS 4.

4	Manejo de cuotas de recuperación.
PROCEDIMIENTO	Ingreso y manejo del recurso económico de la aportación de los pacientes que se atienden.
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO	Se lleva a cabo para poder cubrir los gastos de papelería, material de limpieza, suministros y alimentación que se utiliza en las pláticas o talleres que se imparten en la unidad o en comunidades.

POLÍTICAS Y NORMA DE OPERACIÓN PARA EJECUTAR EL PROCEDIMIENTO

a) A las personas que cubren una cuota de recuperación se les cobra al final de cada sesión otorgando un recibo de cobro, dichos recibos se vacían cada semana en unas hojas de control donde lleva el área a la que asiste el paciente y la cantidad que pago, dichas hojas se revisan cada semana con la coordinadora para el control de ingresos y egresos que tiene la unidad la unidad los cuales se comprueban con facturas, notas y tickets y que al final de cada mes se reporta al área correspondiente los gastos mensuales, todo esto supervisado por la directora de nuestra área, a continuación se le agregan los documentos que conlleva la comprobación al H. Ayuntamiento en el área de tesorería.

- oficio de requerimiento
- oficio de requisición
- reporte fotográfico (de los materiales que se adquieren)
- originales de las facturas o credenciales de la persona que no facturan y nos venden productos.

PROCEDIMIENTOS 5.

5	Manejo de formatos de UBR
PROCEDIMIENTO	Manejo de los formatos con los que cuentan las diferentes áreas para el control de pacientes y actividades diarias
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO	Estos son utilizados por todas las áreas que conforman la unidad para llevar el correcto control y seguimiento de nuestras actividades.

POLÍTICAS Y NORMA DE OPERACIÓN PARA EJECUTAR EL PROCEDIMIENTO

a) Se manejan diferentes formatos para llevar el control de pacientes y seguimientos;

- **Hojas diarias** (son utilizadas por los terapeutas y el chofer de la unidad, para anotar a los pacientes que acuden a terapia o consulta)
- **Notas de evolución** (en estas se llevan las anotaciones de la atención que se les presta al paciente)
- **Hojas de agenda** (en estas se lleva el control de los pacientes que asisten a sus diferentes áreas)
- **Agenda de la unidad móvil** (se lleva el control de los pacientes que utilizan la urban.
- **Historias clínicas, formato para certificado y recetas médicas** (es utilizada por el médico de área)
- **Historias clínicas dentales** (esta es utilizada por el área odontológica la cual consta de; consentimiento informado, consentimiento para la toma de fotografía, historia dental, consentimiento informado, nota de evolución).
- **Permiso de covid-19** (este se utiliza por contingencia de pandemia)
- **Permiso para fotografía** (es utilizado para que los pacientes permitan se les tome fotografías y se puedan publicar en las páginas oficiales de la UBR y del H. Ayuntamiento como parte de nuestras actividades diarias.
- **Estudio socioeconómico** (con este se logra saber la situación económica de cada paciente para determinar cuál es el monto que podría cubrir en la cuota de recuperación).
- los expedientes de terapia física se archivan de acuerdo al día que asisten, el resto de los expedientes se dividen en activos e inactivos.
- terapia de lenguaje, psicología, pedagogía y odontología maneja en su área su propio expediente.

ÁREA DE MEDICA.

DEFINICIÓN:

El área médica es un lugar o espacio físico donde se encuentran ubicadas instituciones dedicadas al estudio o atención de la salud su **función de la atención médica** es la prevención de la enfermedad, es una de las cinco **funciones** básicas de la salud pública, las cuales en conjunto constituyen las etapas del proceso de **atención** integral de la salud.

LISTA DE PROCEDIMIENTOS:

1. Valoración clínica.

PROCEDIMIENTOS 1.

1	Valoración clínica
PROCEDIMIENTO	La valoración clínica es un proceso planificado, sistemático y continuo, que los profesionales de la salud realizan mediante un pensamiento crítico para obtener y organizar la información necesaria al decidir el cuidado que se proporciona.
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO	Concluir con una evaluación o también se llama diagnóstico, si es en el plano individual, si está trabajando en el plano familiar debe cerrar a este grupo social como familia sin problema de salud o con problema y reflejar cual es la(s) esfera(s) afectada(s) y a nivel comunitario conoce el estado de salud de la población realizando el análisis de la situación de salud
POLÍTICAS Y NORMA DE OPERACIÓN PARA EJECUTAR EL PROCEDIMIENTO 1. Recepción de pacientes 2. Toma de signos vitales (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, toma de presión arterial, saturación, glicemia capilar) 3. Pasa a consulta medica 4. Exploración física 5. Diagnostico 6. Tratamiento 7. Plan (al área que se puede dirigir dentro de la institución) 8. Referencias medicas	

ÁREA DE TERAPIA FISICA.

DEFINICIÓN:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la fisioterapia como "El arte y ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frio, luz, agua, masaje y electricidad.

LISTA DE PROCEDIMIENTOS:

1. Recepción y valoración de pacientes.

PROCEDIMIENTOS 1.

1	Recepción y valoración de paciente.
PROCEDIMIENTO	Atención a pacientes que acuden a la Unidad Básica de Rehabilitación que padecen una discapacidad temporal o permanente.
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO	Apoyar en la restauración de la calidad de vida de las personas que cursan con una discapacidad permanente o transitoria. Se trabaja para mejorar las condiciones de cada paciente para que puedan realizar sus actividades de la vida diaria
POLÍTICAS Y NORMA DE OPERACIÓN PARA EJECUTAR EL PROCEDIMIENTO 1. El paciente llega a recepción en donde se sanitiza y se canaliza al área de terapia física. 2. La terapeuta recibe al paciente y lo ingresa al área de mecanoterapia, electroterapia o hidroterapia, la elección del área dependerá del tratamiento del paciente. 3. El terapeuta inicia la sesión la cual dura aproximadamente 50 minutos en adultos y pacientes pediátricos de 30,40 minutos. 4. El terapeuta da indicaciones al paciente para comenzar la terapia, en el cual realiza una valoración para obtener un diagnostico fisioterapéutico y darle el tratamiento. 5. Se deja un tratamiento en casa, el terapeuta lo revisa al empezar la sesión para aclaraciones o correcciones en los ejercicios. 6. Al finalizar la terapia la terapeuta firma el carnet, re agenda su próxima sesión y se despide al paciente.	

ÁREA DE ODONTOLOGÍA.

DEFINICIÓN:

La odontología es la rama de las ciencias de la salud que se encarga del estudio, diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades de los dientes y, en general, de aquellas que afectan al aparato estomatognático.

LISTA DE PROCEDIMIENTOS:

1. Valoración e historia clínica del paciente.
2. tratamientos odontológicos para cada diagnóstico.
    - Restauraciones con resinas.
    - Extracciones temporales y dientes permanentes.
    - Limpiezas o profilaxis.
    - Selladores de fosetas y fisuras.
    - Ulectomìa en incisivos retenidos.
3. Elaboración de la nota clínica.

PROCEDIMIENTOS.

1	Valoración e historia clínica del paciente.
PROCEDIMIENTO	Procedimiento para llevar a cabo la valoración e historia clínica del paciente.
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO	Otorgar el tratamiento odontológico adecuado a cada diagnostico referido por cada paciente teniendo en cuenta los signos y síntomas que presente.

POLÍTICAS Y NORMA DE OPERACIÓN PARA EJECUTAR EL PROCEDIMIENTO

1. El odontólogo que realizara la valoración deberá presentarse de una forma amable y explicara al paciente de forma clara y sencilla el procedimiento que se llevara a cabo.
2. El odontólogo procederá a realizar la historia clínica mediante una serie de peguntas como antecedentes personales, patológicos y no patológicos las cuales serán utilizadas de manera ética como le especifica la Nom-013-SSA2-2015
3. Se le pedirá al paciente que se recueste en la unidad dental para realizar la exploración intraoral y extraoral.
4. Es obligación del odontólogo ir explicando con un vocabulario sencillo todo lo que se procederá a hacer durante la exploración.
5. Se procederá rellenar la odontograma indicando caries con rojo en las caras oclusales, mesiales, distales vestibulares, palatinas o linguales donde corresponde la lesión, con una X en rojo para indicar dientes a extraer, con una X en azul dientes ausentes por perdida, se marcará con rojo la presencia de cálculo dental alrededor del diente presentado en la odontograma.
6. Se le explicara al paciente de forma clara y con palabras sencillas que diagnostico tiene cada órgano dentario y se le explicara su tratamiento a seguir para cada uno de sus dientes llegando a un diagnóstico y tratamiento adecuado que llevaran a cabo el odontólogo y los auxiliares pasantes, anotarlo en su historia clínica y consentimiento informado
7. Se preguntará al paciente si tiene alguna duda. De ser así es obligación del odontólogo responder con un vocabulario sencillo.
8. Se le pedirá al paciente que coloque su firma de autorización para el tratamiento.
9. Se indicara al paciente pasar con la secretaria quien le indicara los días y horas en las que el paciente acudirá a sus sesiones.

PROCEDIMIENTOS.

2	Tratamiento odontológico para cada paciente.
PROCEDIMIENTO	Procedimiento para realizar tratamientos odontológicos para cada diagnóstico.
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO	Prevenir, mejorar y rehabilitar al paciente con alguna enfermedad odontológica y mejorar su calidad de vida.

POLÍTICAS Y NORMA DE OPERACIÓN PARA EJECUTAR EL PROCEDIMIENTO

Restauración con resina.

1. Se le explicara al paciente el procedimiento para anestesiar, la eliminación de caries dental y la colocación de la resina de forma clara y sencilla.
2. se le pedirá al paciente recostarse en la unidad dental y mantener solución de enjugue bucal por 30 segundos para la antisepsia bucal.
3. Con un cotonete se colocará anestesia tópica en la zona a anestesiar, se infiltrará la anestesia con jeringa y aguja ya sea en el dentario inferior, alveolar anterior o posterior de acuerdo a la zona del diente a tratar.
4. Se esperará 5 min para que haga efecto la anestesia.
5. Con una fresa de pera y pieza de mano de alta se abrirá la cavidad en el órgano dentario a trabajar, posteriormente se cambia de fresa de cono o cilíndrica dependiendo el diseño de la cavidad y profundidad.
6. Se aísla con royos de algodón, realiza la desinfección con clorhexidina, si la cavidad es muy profunda y es cercana a pulpa se coloca recubrimiento pulpar con teracal, después base de inomero de vidrio en este saco ionosel marca voco se fotocura con lámpara de luz halógena de resina por 20 segundos
7. posteriormente se coloca acido grabador se espera 15 segundos y se retira el exceso con algodón y se lava, se seca con aire
8. después se coloca adhesivo con un microbús y aire muy suave, se fotocura por 10 segundos.
9. Se coloca la resina en capas menor a 2 mm. de acuerdo al tono del diente a tratar y dándole la anatomía correspondiente.
10. Se coloca papel articular para ver pontos de contacto y puntos altos, se realiza el corte con piedra de alcanza ya sea de pino o de balón.
11. Se realiza el pulido con gomas, disco y cepillos de acuerdo al diente que se está tratando.
12. Se le pide al paciente que se enjuague y se le enseña la restauración con un espejo intraoral y extraoral.
13. Se indicará al paciente pasar con la secretaria quien le indicará los días y horas en las que el paciente acudirá a su próxima cita.

Extracciones temporales y dientes permanentes

1. Se le explicara al paciente el procedimiento para anestesiar, la extracción del órgano dentario a quitar de forma clara y sencilla.
2. Se le pedirá al paciente recostarse en la unidad dental y mantener solución de enjugue bucal por 30 segundos para la antisepsia bucal.

3. Con un cotonete se colocará anestesia tópica en la zona a anestesiar, se infiltrará la anestesia con jeringa y aguja ya sea en el dentario inferior, alveolar anterior o posterior de acuerdo a la zona del diente a tratar.
4. Se esperará 5 min para que haga efecto la anestesia.
5. Con una gasa y los dedos se protege la expansión ose de las tablas vestibulares y palatinas o linguales en el momento de la extracción.
6. Con un elevador recto delgado, mediano y grueso se realiza la sin desmotomía.
7. Con un fórceps de la numeración de acuerdo al diente a extraer se realizan movimiento corto de aprehensión, luxación y tracción.
8. Se lava la cavidad con solución fisiológica con jeringa y una cucharilla de Lucas para revisar que no queden espículas óseas, granulonas o restos de dientes.
9. Se coloca una gasa para realizar hemostasia y se espera a la formación del coágulo.
10. Se le da indicaciones al paciente como son-

- Mantener mordiendo la gasa por 20 min.
- No escupir
- No comer alimentos derivados de cerdo.
- No comer alimento con cascara, irritantes, ni semillas.

11. Se le dará una receta con tratamiento analgésico y tratamiento antibiótico si es necesario.
12. Se indicará al paciente pasar con la secretaria quien le indicará los días y horas en las que el paciente acudirá a su próxima cita.

Limpiezas o profilaxis.

1. Se le explicara al paciente el procedimiento para realizar la profilaxis de forma clara y sencilla.
2. Se le pedirá al paciente recostarse en la unidad dental y mantener solución de enjugue bucal por 30 segundos para la antisepsia bucal.
3. Con el aparato de ultrasonido escariador se le colocara la punta y se pasara por todas las caras de los órganos dentarion siguiendo el orden de los cuadrantes.
4. Se parase hilo dental para eliminar cualquier calculo atrapado en interprociximal.
5. Con el cepillo de profilaxis, pasta y la pieza de baja velocidad se pasará en cada una de sus caras de los órganos dentarios.
6. Se le pedirá la paciente que se enjuague.
7. Se pasará la jeringa triple con aire para secado y se colocará una cubeta con flúor, se esperará 2 a 4 min.
8. Se le explicara al paciente la importancia del cepillado y la técnica correcta para hacerlo con un tipodonto y cepillo.
9. Se indicará al paciente pasar con la secretaria quien le indicará los días y horas en las que el paciente acudirá a su próxima cita.

Selladores de fosetas y fisuras.

1. Se le explicará al paciente el procedimiento para la aplicación de selladores de fosetas y fisuras profundas de forma clara y sencilla.
2. se le pedirá al paciente recostarse en la unidad dental y mantener solución de enjugue bucal por 30 segundos para la **antisepsia** bucal.

3. Con cepillo de profilaxis, pasta y pieza de baja se pasa en el órgano dentario a trabajar.
4. Con la jeringa triple se enjuga y se seca.
5. Se aísla con royos de algodón.
6. Se coloca acido grabador y se espera 15 segundos, se elimina con torundas de algodón, se lava y seca.
7. Se vuelve aislar con royos de algodón y se seca por 30 segundos.
8. Se coloca el sellador por todos los surcos evitando que tenga burbujas.
9. Se fotocura por 30 segundos con lámpara de luz halógena.
10. Se pasa el explorador para comprobar que haya quedado retenido el material y no tenga burbujas
11. Se indicará al paciente pasar con la secretaria quien le indicará los días y horas en las que el paciente acudirá a su próxima cita.

Ulectomìa en incisivos retenidos.

1. Se le explicara al paciente el procedimiento para anestesiar, la extracción del órgano dentario a quitar de forma clara y sencilla.
2. se le pedirá al paciente recostarse en la unidad dental y mantener solución de enjugue bucal por 30 segundos para la **antisepsia** bucal.
3. Con un cotonete se colocará anestesia tópica en la zona a anestesiar, se infiltrará la anestesia con jeringa y aguja ya sea en el dentario inferior, alveolar anterior o posterior de acuerdo a la zona del diente a tratar.
4. Se esperará 5 min para que haga efecto la anestesia.
5. Con un mango y hoja de bisturí se remueve el tejido gingival que recubría la zona del incisivo, exponiendo totalmente el borde inicial en el sentido mesio-distal
6. Se irriga con suero fisiológico.
7. Se realiza hemostasia con gasas.
8. Se le da indicaciones
    - Mantener mordiendo la gasa por 10 min.
    - no comer irritantes.
    - no comer cosas derivados del cerdo.

Se indicará al paciente pasar con la secretaria quien le indicará los días y horas en las que el paciente acudirá a su próxima cita.

PROCEDIMIENTOS.

3	Elaboración de notas clínicas.
PROCEDIMIENTO	Procedimiento para la elaboración de la nota clínicas subsecuentes.
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO	Tener un registro de evolución que evidencie el tratamiento que es aplicado día con día al paciente y colocar algunas observaciones de importancia que ocurrieron durante el tratamiento

POLÍTICAS Y NORMA DE OPERACIÓN PARA EJECUTAR EL PROCEDIMIENTO

1. Todas las notas clínicas deberán ser realizadas a puño y letra del odontólogo tratante y deberán ser elaboradas al finalizar cada tratamiento odontológico.
2. Al tratarse de un paciente que inicia con su tratamiento por primera vez, se realizara el llenado de la nota clínica inicial con los datos correspondientes, describiendo la fecha y hora en la que ingresa, como es el ingreso del paciente, el tratamiento que fue aplicado, si se suscitó algún inconveniente durante su estancia en la unidad correspondiente a su tratamiento y la hora en la que sale de la unidad. Se finaliza la nota con el nombre completo y firma del odontólogo tratante.
3. Posteriormente los llenados de las notas subsecuentes deberán ser elaboradas con los mismos datos de la nota inicial, mencionando el tratamiento que fue aplicado, junto con alguna nota si se suscitó alguna observación importante.
4. El expediente será entregado al área administrativa un vez que se finalice con el número de sesiones por las que el paciente fue enviado, contando con su nota inicial y sus notas subsecuentes que concuerden con el número de sesiones otorgadas

ÁREA DE TERAPIA DE LENGUAJE.

DEFINICIÓN:

Habilitar a los niños y/o adolescentes que presentan Inicio Tardío de Lenguaje, Trastornos de la comunicación, Trastornos del Neurodesarrollo, así como problemas de la audición para brindar un proceso de comunicación eficiente o rehabilitación del habla y el lenguaje que permita mejorar su calidad de vida.

LISTA DE PROCEDIMIENTOS:

1.- INGRESO DE USUARIOS:
a) Integración de expediente.
b) Evaluación

2.- PLAN DE INTERVENCIÓN.

3.- INTERVENCIÓN:
a) Terapia de lenguaje
b) Terapia de habla
c) Método alternativo de comunicación: Lengua de Señas Mexicana, Braille y tableros de comunicación.

PROCEDIMIENTOS.

1	**Ingreso de usuarios:**
PROCEDIMIENTO	a) Integración de expediente. b) Evaluación.
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO	a) Integrar toda la información generada de los formatos de historia clínica para brindar al usuario un análisis contextualizado para tomar decisiones en su plan de intervención. b) Sustentar la toma de decisiones para planear, ajustar, modificar o adecuar el plan de intervención según las necesidades particulares del usuario en atención.

POLÍTICAS Y NORMA DE OPERACIÓN PARA EJECUTAR EL PROCEDIMIENTO

a) Integración de expediente:

Derivado de la cita previamente agenda por el área administrativa, según la lista de espera se procede a dar fecha y hora para iniciar el protocolo de entrevista

Nota: La lista de espera se registra según dos criterios: el primero por la fecha en la que solicitó información para ingresar al área y el segundo criterio la fecha de captación de usuarios en las jornadas médicas gratuitas en las comunidades del municipio.

Identificación de documentos:

1 Identificar los documentos operativos para recabar los datos correspondientes: Historia clínica y estudio socioeconómico.
2 Solicitar documentos oficiales del usuario que recibirá la atención: Acta de nacimiento.

Realización del protocolo de entrevista:

1 Ingresar al usuario y tutor al área de lenguaje debidamente sanitizado y con cubre bocas.
2 El tutor será quien brinde la información adecuada para la obtención de datos (preferentemente ambos padres biológicos).
3 Realizar rapport con el niño para identificar sus habilidades y tener un juicio clínico para la aplicación de pruebas pertinentes en la siguiente sesión.
4 Se procede a dar a conocer los reglamentos de la UBR y los consentimientos informados para realizar las firmas correspondientes.
5 La entrevista tendrá una duración de 55 minutos.
6 Los datos integrados en el expediente.

b) Evaluación: 2022 - 2024

Identificación de los documentos o protocolo de evaluación:

1 Identificar según el juicio clínico el protocolo que se aplicará al usuario como: Muestra Espontánea de Lenguaje (MEL), Perfil comunicativo del niño sordo, Protocolo de Evaluación Fonético-Fonológico Revisado (PEF.R), Test de Illinois de aptitudes Psicolingüísticas (ITPA 3, 4, 5 y 6 años) Cuestionario para la Evaluación de la Fonología Infantil (CEFI) y observación clínica con registro de las anotaciones.

Realización de protocolo de evaluación:

1 Ingresar al usuario solo (según su independencia y características de edad y habilidades cualitativas se valora si ingresa al área en compañía) debidamente sanitizado.

2 Tener los protocolos elegidos y hojas de registro para iniciar la evaluación según los criterios de evaluación por edad cronológica.

   a. **Nota:** Si por las características no se puede aplicar la evaluación según su edad cronológica se procede a retomar una evaluación cualitativa para obtener un sustento según sus habilidades lingüísticas para su plan de intervención.

3 Retomar en las notas su comportamiento de autonomía, tipo de juego, convivencia social y algunas características importantes o relevantes que se tomarán en cuenta en el plan de intervención.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

ÁREA.	ACTIVIDADES	FORMATOS A UTILIZAR
Terapia de Lenguaje	Entrevista a padre o tutor del niño: obtener todos los datos correspondientes del usuario para tomar decisiones en el Plan de Intervención.	Historia Clínica. Estudio socioeconómico. Consentimiento informado sobre las sesiones presenciales durante el COVID. Consentimiento informado sobre la autorización para material audiovisual hacia el niño. Reglamento de UBR.
	Evaluación de lenguaje, habla y/o habilidades comunicativas: planear, ajustar, modificar o adecuar el plan de intervención según las necesidades particulares del usuario en atención.	Muestra Espontánea de Lenguaje (MEL). Perfil comunicativo del niño sordo. Protocolo de Evaluación Fonético-Fonológico Revisado (PEF.R). Test de Illinois de aptitudes Psicolingüísticas (ITPA 3, 4, 5 y 6 años). Cuestionario para la Evaluación de la Fonología Infantil (CEFI). Registro de las anotaciones de la observación clínica .

PROCEDIMIENTOS.

2	Plan De Intervención.
PROCEDIMIENTO	a) Análisis para la selección de indicadores para el desarrollo del Plan de Intervención. b) Indicaciones gen "plan de trabajo de audición y lenguaje" erales para el desarrollo del Pan de intervención. c) Criterios para la concluir en plan de intervención.
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO	Sistematizar indicadores que favorezcan la comunicación, la estimulación y rehabilitación del lenguaje y habla que por diversas razones las habilidades lingüísticas se encuentren rezagadas.

POLÍTICAS Y NORMA DE OPERACIÓN PARA EJECUTAR EL PROCEDIMIENTO

Inicio de la elaboración de Plan de intervención:

1. Con el expediente completo se procede a realizar un análisis de la información personal para tomarlo en cuenta en el plan de intervención del usuario.
2. Se procede a seleccionar los indicadores de la bibliografía del con base a la información de los resultados de la evaluación aplicada en el niño.
3. Se considera además el desarrollo de habilidades cognitivas para aquellos niños con retraso en su desarrollo motor y cognitivo, así como actividades sensoriales que ayuden a estimular su desarrollo.
4. Se asigna el horario de atención: 50 minutos una vez por semana.
5. Se tendrá el carnet del usuario para entregarlo en la primera sesión y será el registro personal del padre o tutor para dar aval a las asistencias del niño.

Desarrollo del Plan de Intención:

1. Se notifica a la terapista encargada sobre el plan de atención para el conocimiento de su contenido y duda que puedan surgir para llevarlo a cabo.
2. En cada sesión se utilizará como guía para tener los objetivos en las distintas actividades.
3. Se revisará cada seis meses a un año los avances del plan de intervención para hacer las modificaciones y replantear acciones o determinar nuevos indicadores a tomar en cuenta en las sesiones de terapia de lenguaje para mejorar la atención.
4. Se toman en cuenta un semáforo para un fácil entendimiento del avance del proceso quedando de la siguiente manera:

   - rojo habilidad no consolidada
   - Amarillo habilidad en proceso de consolidación
   - verde habilidad consolidada

Término del Plan de Intervención:

1. Las habilidades consolidadas serán tomadas en cuenta para determinar el alta del usuario de del área de terapia de lenguaje y dar una oportunidad a un usuario nuevo.
2. El Plan se puede dar por concluido por inasistencia por un tiempo prolongado o por alta voluntaria del padre o tutor del usuario.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

ÁREA.	ACTIVIDADES	FORMATOS A UTILIZAR
Terapia de Lenguaje	Elaboración de plan: análisis para la selección de indicadores para el desarrollo del Plan de Intervención.	Formato de Plan de Intervención. Bibliografía: "plan de trabajo de audición y lenguaje".
	Indicaciones generales para el desarrollo del Pan de intervención: Explicar y aclarar dudas a la encargada de la ejecución del plan, así como el desarrollo u objetivos de los indicadores.	Plan de Intervención individual del usuario.
	Termino del plan: conocer los criterios para la conclusión del plan de intervención y dar alta al usuario del área.	Corregir, rehabilitar y mejorar las dificultades que presentan Situación final del alumno (apartado final del Plan de Intervención).

PROCEDIMIENTOS.

3	Intervención.
PROCEDIMIENTO	a) Sesión de terapia de lenguaje b) Sesión de terapia de habla c) Sesión de métodos alternativos de comunicación: Lengua de Señas Mexicana, Braille y tableros de comunicación.
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO	los usuarios del área de terapia de lenguaje y en casos específicos brindar métodos alternativos de comunicación para mejorar su calidad de vida.

POLÍTICAS Y NORMA DE OPERACIÓN PARA EJECUTAR EL PROCEDIMIENTO

Desarrollo de las sesiones de intervención del área de Terapia de lenguaje:

1. Las sesiones de terapia de lenguaje y habla serán implementadas por profesionales capacitados en las técnicas y metodologías para rehabilitar el lenguaje el habla y y/o implementación de tableros de comunicación
2. Todos los usuarios ingresan debidamente sanitizados.
3 La duración de las sesiones será de 50 minutos por sesión con una tolerancia de 20 minutos según lo marca el reglamento interno de la UBR
4 El tutor tendrá que permanecer en la sala de espera durante las sesiones de terapia de lenguaje
5 La terapeuta o terapista revisar el plan de intervención y las notas de evolución para guiar y dar continuidad a las sesiones del niño
6 Dar la bienvenida al usuario y se hará una pequeña conversación (en caso de tener lenguaje oral) sobre cómo se siente y conocer su estado de ánimo
7 Realizar un recordatorio de la sesión anterior y la tarea realizada en casa para identificar si existe avance o retroceso de las habilidades

Nota: para las sesiones de lengua de señas mexicana se implementará toda la sesión en esta lengua natural de las personas sordas

8 Las actividades podrán ser modificadas según el contexto del momento siempre identificando el objetivo del indicador a trabajar

Nota: las actividades serán consideradas tomando en cuenta la práctica basada en evidencia científica para evitar prácticas no funcionales como las Praxias orofaciales, masajes faciales o actividades motoras que no involucran cuasihabla, habla y lenguaje

9 Los usuarios tendrán una libreta para llevar un seguimiento de las actividades y tareas de la terapia de lenguaje

Término de las sesiones del área de Terapia de Lenguaje:

1 Dialogar con el tutor al término para hacer las observaciones correspondientes a las indicaciones generales y/o tarea.
2 Anotar en la lista de registro diario su nombre y en las notas de evolución lo visto en la sesión y como desempeño dichas actividades.
3 Firmar el carnet individual del usuario.

Situaciones imprevistas:

1 Cuando un paciente no asista se ocupará el tiempo para realizar material didáctico y llevar al corriente nótese documentos pendientes.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

ÁREA.	ACTIVIDADES	FORMATOS A UTILIZAR
Terapia de Lenguaje	Desarrollo de la sesión en el área: Corregir, rehabilitar y mejorar las dificultades que presentan los niños con la guía de su plan de intervención.	Plan de Intervención individual del usuario.
	Término de la sesión en el área: Dar las indicaciones finales al tutor y hacer las anotaciones correspondientes en las notas de evolución, así como firmar su carnet para avalar la asistencia de la sesión.	Notas de evolución. Registro de diario. Carnet del usuario.

ÁREA DE PSICOLOGÍA.

DEFINICIÓN:

El área de psicología es la encargada de identificar, valorar y proponer alternativas de prevención y solución a situaciones derivadas de la interacción entre individuos, grupos, instituciones y comunidades para el desarrollo del ser humano y la sociedad.

Propone un enfoque general, retomando las todas las corrientes existentes para la realización de un método de intervención adecuado a cada paciente o consultante que asiste a la unidad con el propósito de ser ayudado a superar el problema que le acompleja.

El proceso de intervención va dirigido a toda la población en general que lo requiera, es decir, el área recibe desde pacientes con discapacidad hasta instancias legales, así como también pacientes que sean remitidos por instituciones públicas y empresas privadas, además tiene la sensibilidad de apoyar a las personas que en verdad lo necesiten.

LISTA DE PROCEDIMIENTOS:

1.- INGRESO DE PACIENTES:

- **a)** Integración de expediente.
- **b)** Valoración del motivo de consulta
- **c)** Aplicación de pruebas psicométricas para la valoración proyectiva y cognitiva de los procesos mentales del paciente
- **d)** Elección del método de intervención
- **e)** Elaboración del plan de intervención
- **f)** Intervención del paciente

2.- ACTIVIDADES PROPIAS DE LA TITULAR DEL ÁREA:

PROCEDIMIENTOS.

1	Ingreso de pacientes.
PROCEDIMIENTO	Apertura de expediente psicológico.
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO	Lograr que el paciente obtenga las herramientas necesarias para la identificación de alternativas que lo lleven a identificar y gestionar su problema o padecimiento que le aqueja, permitiéndoles describir, explicar, predecir y modificar la razón de su comportamiento.

POLÍTICAS Y NORMA DE OPERACIÓN PARA EJECUTAR EL PROCEDIMIENTO

a) **Integración de expediente**:

El expediente clínico estará conformado por una entrevista psicológica, un estudio socioeconómico, un permiso para la toma de fotografías, permiso de intervención y autorización en tiempos de pandemia. A todo este expediente las únicas personas capacitadas para la revisión son el (la) titular del área y la directora de la unidad.

b) **Valoración del motivo de consulta**

El motivo de consulta se extrae desde la primera sesión de donde también se conforma el expediente clínico, para su valoración posterior.

c) **C) Aplicación de pruebas psicométricas para la valoración proyectiva y cognitiva de los procesos mentales del paciente.**

Estas pruebas son aplicadas y seleccionadas de acuerdo al padecimiento por el cual ingresan a la terapia mismas que son integradas al expediente antes mencionado.

d) **Elección del método de intervención**

Una vez conocida la problemática del paciente se elige el método de intervención que se va a utilizar para cada uno de ellos adecuado a su motivo de consulta.

e) **Elaboración del plan de intervención**

Es de suma importancia mencionar que una vez integrado los 4 puntos anteriores se debe elaborar el plan de intervención diseñado para cada paciente, tomando en cuenta aspectos como su edad mental, edad cronológica, padecimientos actuales, condiciones sociales, condiciones mentales.

f) **Intervención del paciente**

Una vez analizado toda la problemática del paciente se procede a la intervención utilizando todos los recursos necesarios que implica el tratamiento psicológico.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

ÁREA.	ACTIVIDADES	FORMATOS A UTILIZAR
Paciente	1.- el paciente solicita el área a recepción con la encargada de la misma, ella brindara la información clara y precisa de los pasos a seguir para el ingreso al área solicitada.	Agenda.
Psicología	**2.-Integración de expediente**: Una vez que la encargada de recepción brinda la información y la cita al paciente, el psicólogo(a) se encarga de armar el expediente clínico psicológico que está conformado por una entrevista psicológica, un estudio socioeconómico, permiso para la toma de fotografías, permiso de intervención y autorización en tiempos de pandemia. A todo este expediente las únicas personas capacitadas para la revisión son el (la) titular del área y la directora de la unidad. **3.-Valoración del motivo de consulta** El psicólogo(a) valora y revisa el motivo de consulta que se extrae de la primera sesión de donde también se conforma el expediente clínico. **4.- Aplicación de pruebas psicométricas para la valoración proyectiva y cognitiva de los procesos mentales del paciente.** Estas pruebas son aplicadas y seleccionadas de acuerdo al padecimiento por el cual ingresan a la terapia mismas que son integradas al expediente antes mencionado. **5.- Elección del método de intervención** Una vez conocida la problemática del paciente se elige el método de intervención que se va a utilizar para cada uno de ellos adecuado a su motivo de consulta. **6.- Elaboración del plan de intervención** Es de suma importancia mencionar que una vez integrado los 4 puntos anteriores se debe elaborar el plan de intervención diseñado para cada paciente,	Expediente clínico.

	tomando en cuenta aspectos como su edad mental, edad cronológica, padecimientos actuales, condiciones sociales, condiciones mentales. **7.- Intervención del paciente** Una vez analizado toda la problemática del paciente se procede a la intervención utilizando todos los recursos necesarios que implica el tratamiento psicológico.	

PROCEDIMIENTOS.

2	Actividades Propias De La Titular Del Área:
PROCEDIMIENTO	Responsabilidades anexas al área.
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO	Actividades de apoyo y relacionadas al área.

POLÍTICAS Y NORMA DE OPERACIÓN PARA EJECUTAR EL PROCEDIMIENTO

1. Brindar información a personas que solicitan la misma, donde se despejan y atienden todas las dudas existentes, desde como es el proceso de ingreso al área hasta el costo que implica el tratamiento y la valoración.
2. La UBR cuenta con una página de internet donde la responsable brinda información al público en general retomando temas que son proporcionados por el (la) titular del área.
3. Actualización de la agenda del área.
4. Actualización de expedientes clínicos.
5. Calificación de pruebas psicométricas.
6. Actualización del recurso didáctico para intervención de los pacientes.
7. Mantenimiento del espacio donde se labora.
8. Atención a pacientes referidos de dependencias legales o gubernamentales.

Nota: esta atención se da dependiendo de la situación por la cual son referidos al área.

9. Apoyo a otras áreas durante festivales, o eventos.
10. Brinda la atención psicológica a pacientes referidos de otras áreas, a los cuales sus padecimientos le impiden visitar directamente la unidad, dándole acompañamiento psicológico hasta su domicilio particular.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

ÁREA.	ACTIVIDADES	FORMATOS A UTILIZAR
Coordinación de la unidad. Psicología	1. El coordinador(a) tiene la responsabilidad de informar a la titular del área las funciones anexas a su área. 2. El titular del área tiene la responsabilidad de acatar las instrucciones que le indica el coordinador(a) de la unidad. 3. Brindará información a todas las personas que soliciten ser atendidos. 4. La UBR cuenta con una página de internet, el(la) coordinador brinda información al público en general retomando temas que son proporcionados por el (la) titular del área. 5. El(la) titular del área se debe encargar de la actualización del recurso didáctico para intervención de sus pacientes. 6. Deberá darle mantenimiento al espacio donde labora. 7. Apoyo a otras áreas durante festivales, o eventos. 8. El titular del área brinda la atención psicológica a pacientes referidos de otras áreas, a los cuales sus padecimientos le impiden visitar directamente la unidad, dándole acompañamiento psicológico hasta su domicilio particular. 9. El titular del área deberá brindar atención psicológica a pacientes que vengan referidos de instituciones legales o gubernamentales.	Reglamento de la institución.

ÁREA DE PEDAGOGÍA.

DEFINICIÓN:

El área de Pedagogía dentro de la UBR, tiene el enfoque de trabajar con una Pedagogía Terapéutica e inclusiva, quien Strauss (1936) la define como una "ciencia que educa a niños que sufren retrasos o perturbaciones en su desarrollo durante la infancia, fundamentada en conocimientos de la medicina, sobre las causas y el tratamiento de los defectos corporales y físicos".

Es por eso que en esta área se trabaja de manera conjunta con los tutores que permite que el paciente tenga el apoyo incondicional de sus principales cuidadores, trabajando en conjunto para potenciar el aprendizaje en los niños, tomando en cuenta sus necesidades, el estilo de aprendizaje que tiene cada uno, modificando estrategias, redistribuyendo espacios y tiempos, logrando una educación efectiva e inclusiva que permite atender las necesidades y especificidades que los niños, niñas, adolescentes o cualquier persona que se presenten y lo requiera.

LISTA DE PROCEDIMIENTOS:

2. Entrevista
3. Evaluación.
4. Plan de trabajo.

PROCEDIMIENTOS.

1	Entrevista.
PROCEDIMIENTO	Como primer contacto y para elaboración de un expediente se realiza la entrevista a los tutores o padres del menor.
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO	Conocer los datos personales del paciente para establecer de una forma correcta las estrategias a trabajar, así como sus antecedentes peri, pre y pos natales, antecedentes familiares y demás información que nos permita apoyar de manera integral al menor.
POLÍTICAS Y NORMA DE OPERACIÓN PARA EJECUTAR EL PROCEDIMIENTO 1. El paciente es referido por el área de recepción con previa cita para entrevista. 2. Al momento de realizar la entrevista el encargado del área se presenta con los padres de familia, externa su cargo y sus funciones para que el responsable conozca quien estará frente al menor. 3. Se solicitan 3 apartados los cuales consisten en el siguiente orden: I. Datos generales del paciente el cual consiste en conocer el nombre, fecha de nacimiento, edad, nivel educativo, grado escolar, nombre de la escuela, lateralidad, motivo de la	

consulta, fecha de ingreso en el área, esto permitirá conocer los antecedentes personales del menor, e indagar con el menor y captar la atención que muestran con su hijo o hija, cuando se les pregunta sobre su cumpleaños, fechas, lateralidad y datos pequeños pero relevantes, se pregunta sobre los datos de los padres de familia (edad, escolaridad, domicilio, ocupación, teléfono) datos de sus hermanos, en caso de tenerlos, conocer el contexto familiar y la convivencia que tiene el niño o la niña día a día además es importante conocer sobre la escolaridad que tiene los tutores para tomarlo en cuenta al momento de involucrarlos en el proceso de aprendizaje.

II. Al cuestionar sobre su historia escolar del niño, así como es el apoyo de tareas en casa o fuera de, la conducta que presenta al realizar las actividades en casa, los gustos del niñ@, que es lo que lo hace enojar, si el menor socializa con los padres, edad en la que comenzó a leer, o si aún no concreta la lectura, si al momento de darle las indicaciones si las sigue en casa o en la escuela, si al momento de realizar cualquier actividad se distrae con facilidad, si tiene alguna patología para tomarlo en cuenta en sus tiempos y actividades a realizar, así como la actitud que presenta el menor para realizar tareas o si ya le delegan responsabilidades propias de su hogar.

III. Como último espacio de la entrevista se indaga sobre la historia de desarrollo, (prenatal) número del embarazo del o la menor, como fue el embarazo solicitar signos y síntomas, planificación, problemática durante el embarazo y tiempo, ingresos de medicamentos, suministro de alguna sustancia toxica. (peri-natal) existió algo inusual durante el nacimiento, durante el embarazo estuvo enferma la madre, que edad tenían los padres cuando nació su hij@, tipo de parto, uso de instrumentos, él bebe presento llanto al nacer, quien, atendido el parto, su hij@ fue a su hogar después del hospital. (Post- natal) Presencia de alguna malformación, lactancia materna, dificultades después del parto, dificultades en la succión, de esta manera la información proporcionada sirve como preámbulo para determinar si el niño presenta un probable daño a nivel cerebral que le afecte en el buen desarrollo cognitivo, y si es necesario que se realice valoraciones clínicas por especialistas, así como determinar si es el aspecto emocional que interviene en el buen desempeño académico, o que el desarrollo cognitivo que está presentando es propio de la edad y su ritmo de aprendizaje.

4. Al concluir con la entrevista se da una explicación de lo que se percibe tanto del ambiente familiar, y el contexto escolar del menor, se le hace hincapié que se requiere de su compromiso para poder trabajar en conjunto y para beneficio del paciente.
5. Para concluir se le da a conocer al padre de familia sobre el consentimiento informado de la contingencia COVID, y se solicita su autorización para poder tomar evidencia del trabajo realizado con su hij@, donde el padre o tutor firma de autorizado y responsable.

PROCEDIMIENTOS.

2	Evaluación.
PROCEDIMIENTO	Segundo contacto cara a cara con el paciente para presenciar el desarrollo social, emocional, cognitivo.
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO	Identificar el nivel de desarrollo cognitivo del alumno, para brindarle las estrategias de acuerdo a su deficiencia.

POLÍTICAS Y NORMA DE OPERACIÓN PARA EJECUTAR EL PROCEDIMIENTO

1. Al tutor o padre de familia se da a conocer la dinámica de la actividad con la finalidad de que comprenda la importancia de conocer a fondo su deficiencia cognitiva en el que se encuentra el paciente, o solo requiere apoyo pedagógico en el área y en casa.
2. Al paciente antes de trabajar con él se deberá realizar un contacto visual y oral, para obtener su confianza, dependerá de la actitud del paciente las actividades y el ritmo que se tendrán en las evaluaciones, si él paciente muestra una actitud tranquila, cuando el paciente es de corta edad y no hay desapego constante de mama o papá por lo general habrá llantos, en este punto es importante poder establecer el vínculo de confianza en el niño para que las sesiones pueda darse de manera óptima.
3. Se realiza una evaluación donde, que permita al terapeuta identificar las deficiencias en el aprendizaje del paciente, así como un probable déficit que impida el buen desarrollo neurológico y cognitivo.
4. De acuerdo a los resultados se comenzará a trabajar para reforzar las áreas que tiene dificultades, implementar estrategias que le permitan al paciente desarrollar o reforzar sus habilidades, el área socioemocional, lógico-matemático, lenguaje, expresión compresión del mundo social.

PROCEDIMIENTO

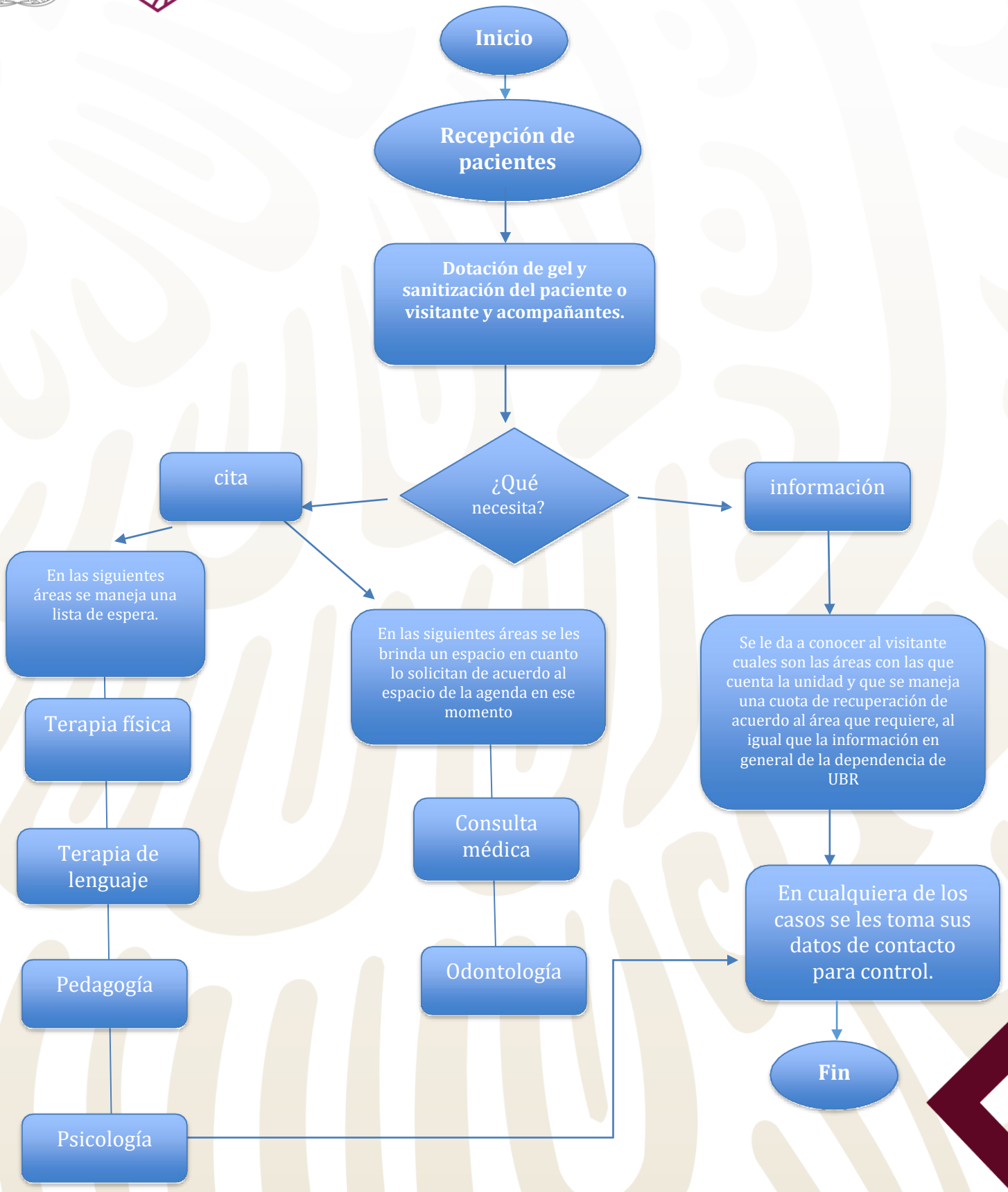
3	Plan de trabajo
PROCEDIMIENTO	Se plantea un plan de trabajo con el paciente de que vaya en favor para mejorar las dificultades que presentó en su valoración.
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO	Planear sus actividades por cada sesión a brindar al paciente, referente a su necesidad cognitiva detectada en la evaluación.

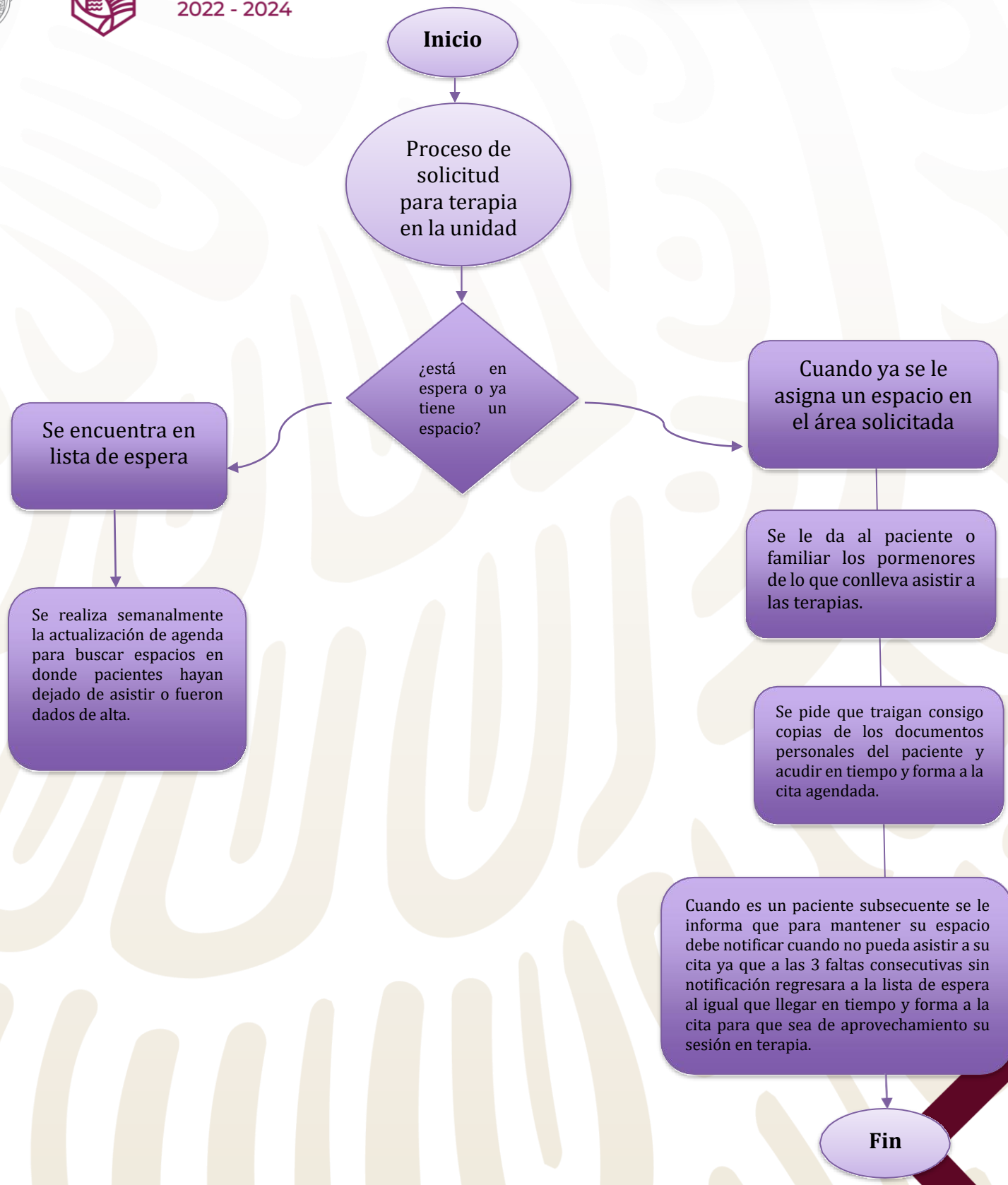
POLÍTICAS Y NORMA DE OPERACIÓN PARA EJECUTAR EL PROCEDIMIENTO

1. Otorgar las actividades necesarias de acuerdo al nivel educativo que se encuentre el paciente (el enfoque se realiza de un nivel básico, donde se expresa el logro obtenido de las actividades, posteriormente avanzando al intermedio y concluyendo con el avanzado.), Cada sesión cuenta con un tiempo de 50 a 60 minutos.
2. Al finalizar cada actividad, se deberá anotar en las notas de evolución donde se solicita los siguientes apartados:
   I. Fecha y nombre del paciente.
   II. Breve diagnóstico del paciente como ingresa a la Unidad Básica de Rehabilitación y al área de trabajo.
   III. Describir el comportamiento del paciente en la actividad.
   IV. Narrar las observaciones rescatadas en la sesión, emociones o sobresaliente referente al objetivo de la actividad.
3. De acuerdo al avance que manifieste el paciente y su ritmo de aprendizaje y de la cooperación que se obtenga por parte de los padres, es necesario considerar trabajos para que el paciente realice en casa.

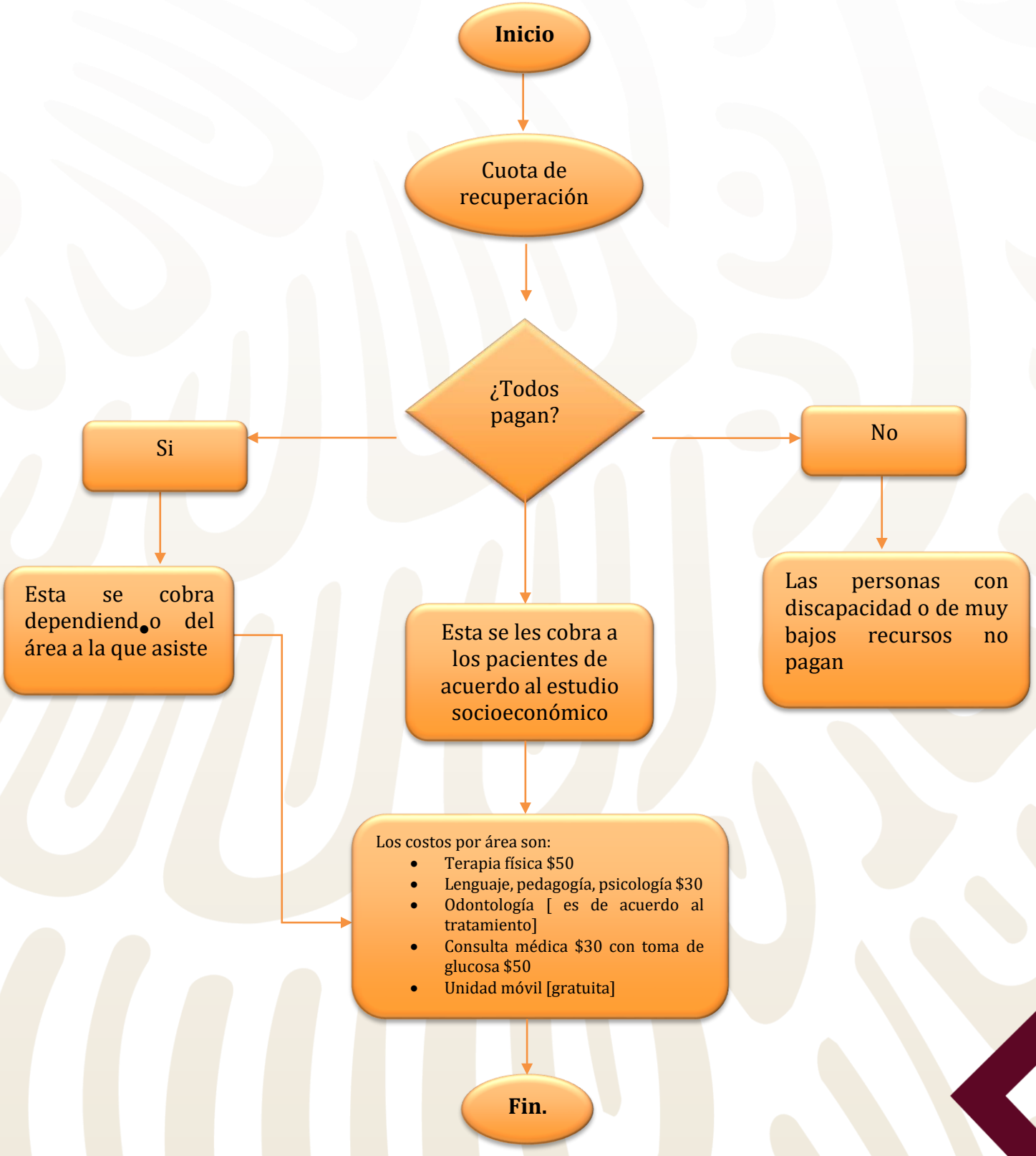
DIAGRAMAS DE FLUJO

DIAGRAMA DE RECEPCIÓN.




Inicio
Proceso de solicitud para terapia en la unidad
¿está en espera o ya tiene un espacio?
Se encuentra en lista de espera
Se realiza semanalmente la actualización de agenda para buscar espacios en donde pacientes hayan dejado de asistir o fueron dados de alta.
Cuando ya se le asigna un espacio en el área solicitada
Se le da al paciente o familiar los pormenores de lo que conlleva asistir a las terapias.
Se pide que traigan consigo copias de los documentos personales del paciente y acudir en tiempo y forma a la cita agendada.
Cuando es un paciente subsecuente se le informa que para mantener su espacio debe notificar cuando no pueda asistir a su cita ya que a las 3 faltas consecutivas sin notificación regresara a la lista de espera al igual que llegar en tiempo y forma a la cita para que sea de aprovechamiento su sesión en terapia.
Fin

Inicio
Expediente y reporte mensual
Se recopila la documentación del paciente y se archiva separados por terapia física, pacientes activos e inactivos de valoración médica.
Las áreas como lenguaje, psicología, odontología y pedagogía manejan los expedientes en sus áreas.
Se cuenta con formatos por parte de DIF estatal
Cada mes se entrega al personal su formato para el vaciado de su productividad el cual se captura en uno solo y se envía el día 13 de cada mes firmado y sellado por la directora en formato de Excel y PDF
Fin.


Inicio
Cuota de recuperación
¿Todos pagan?
Si
No
Esta se cobra dependiendo del área a la que asiste
Esta se les cobra a los pacientes de acuerdo al estudio socioeconómico
Las personas con discapacidad o de muy bajos recursos no pagan
Los costos por área son:
• Terapia física $50
• Lenguaje, pedagogía, psicología $30
• Odontología [es de acuerdo al tratamiento]
• Consulta médica $30 con toma de glucosa $50
• Unidad móvil [gratuita]
Fin.

Inicio

formatos de control

Estos nos permiten llevar de manera eficiente el control de pacientes, su asistencia y evolución para el buen historial y armado de expediente

FORMATOS

Hojas diarias
Notas de evolución
Hoja de agenda
Agenda de la Urban
Historia clínica médica y dental
Consentimiento informado de COVID-19
Permiso de toma de fotografía
Estudio socioeconómico

Fin.

DIAGRAMA DEL AREA MEDICA.

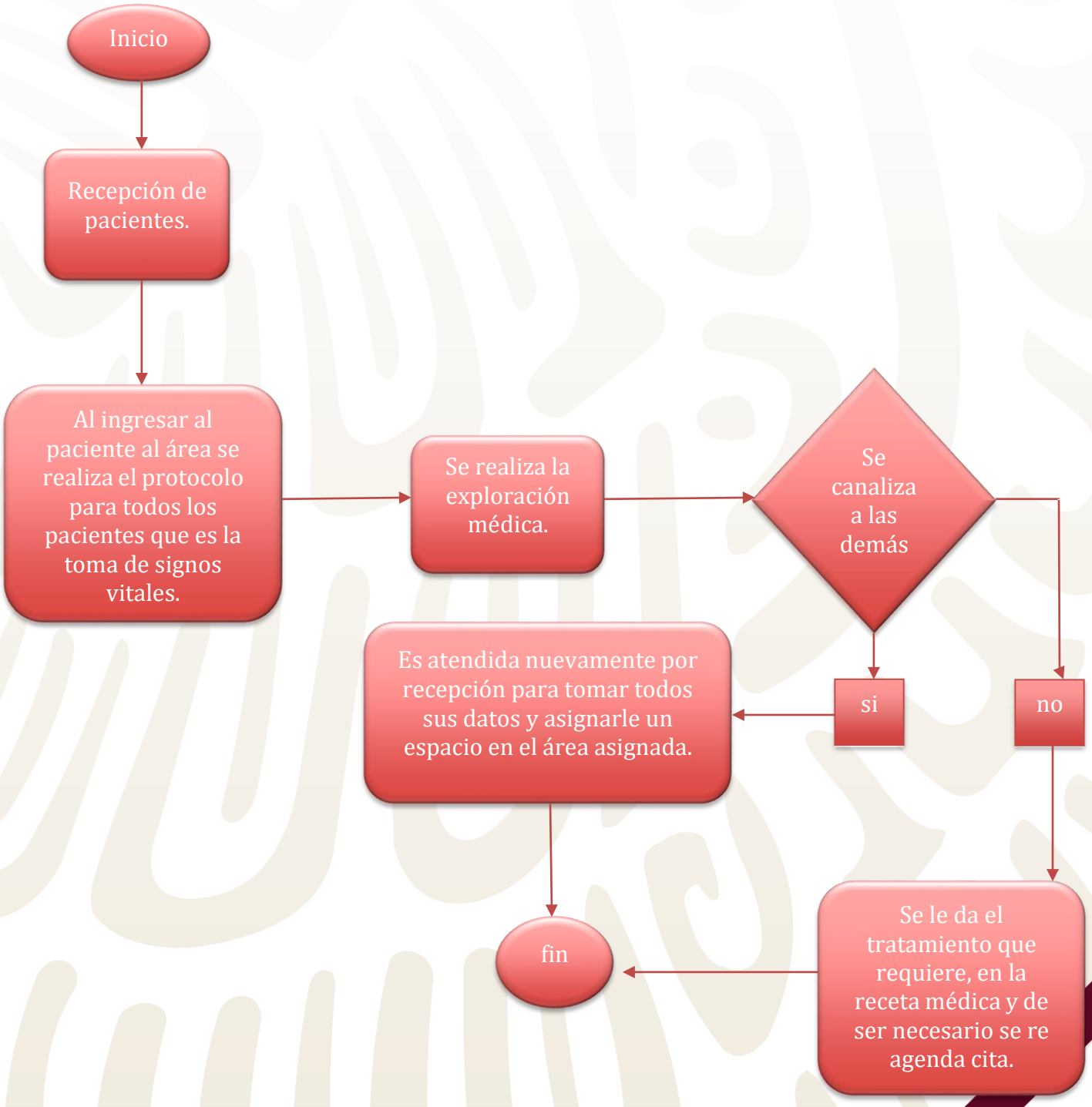


DIAGRAMA DE TERAPIA FÍSICA

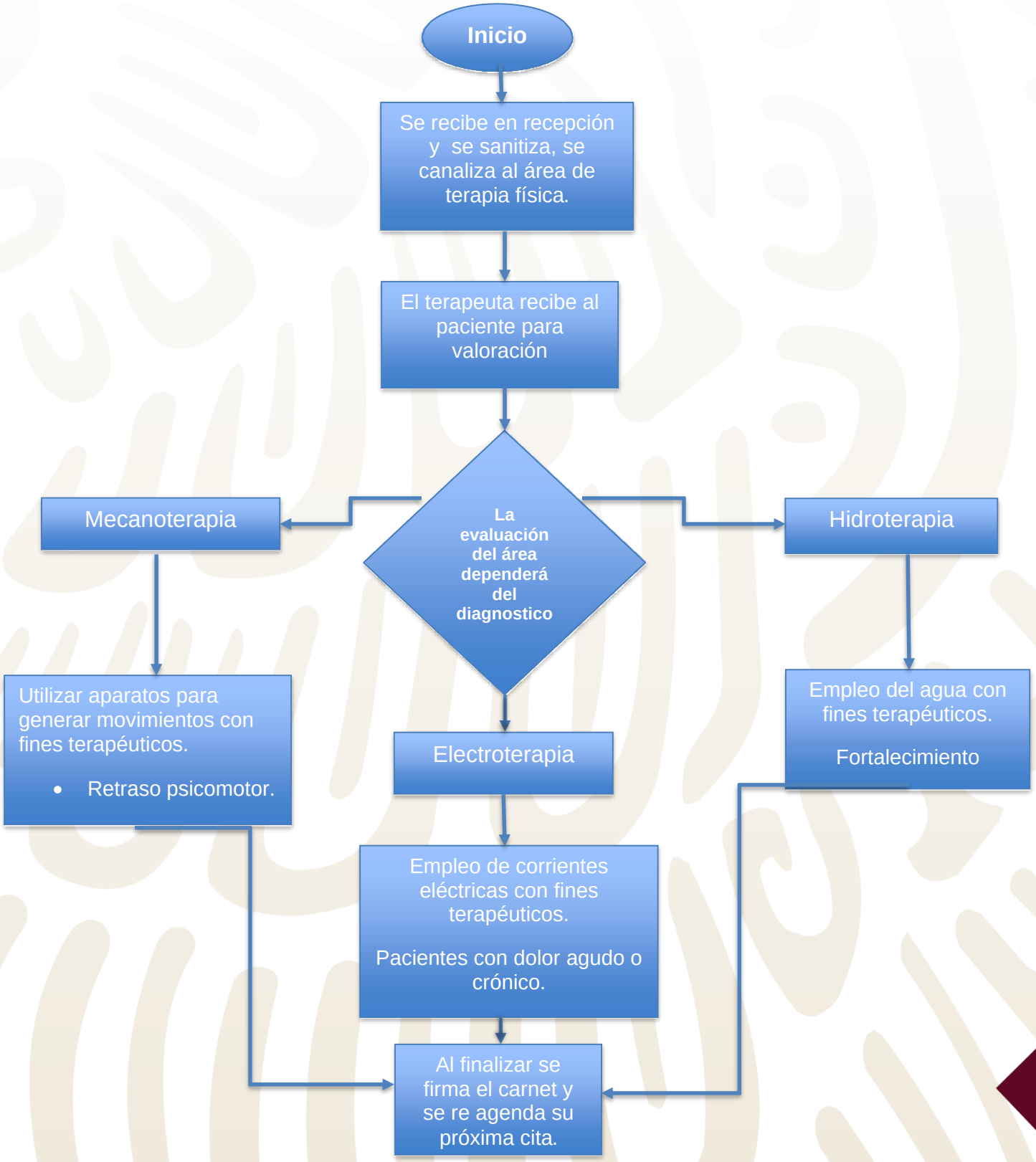
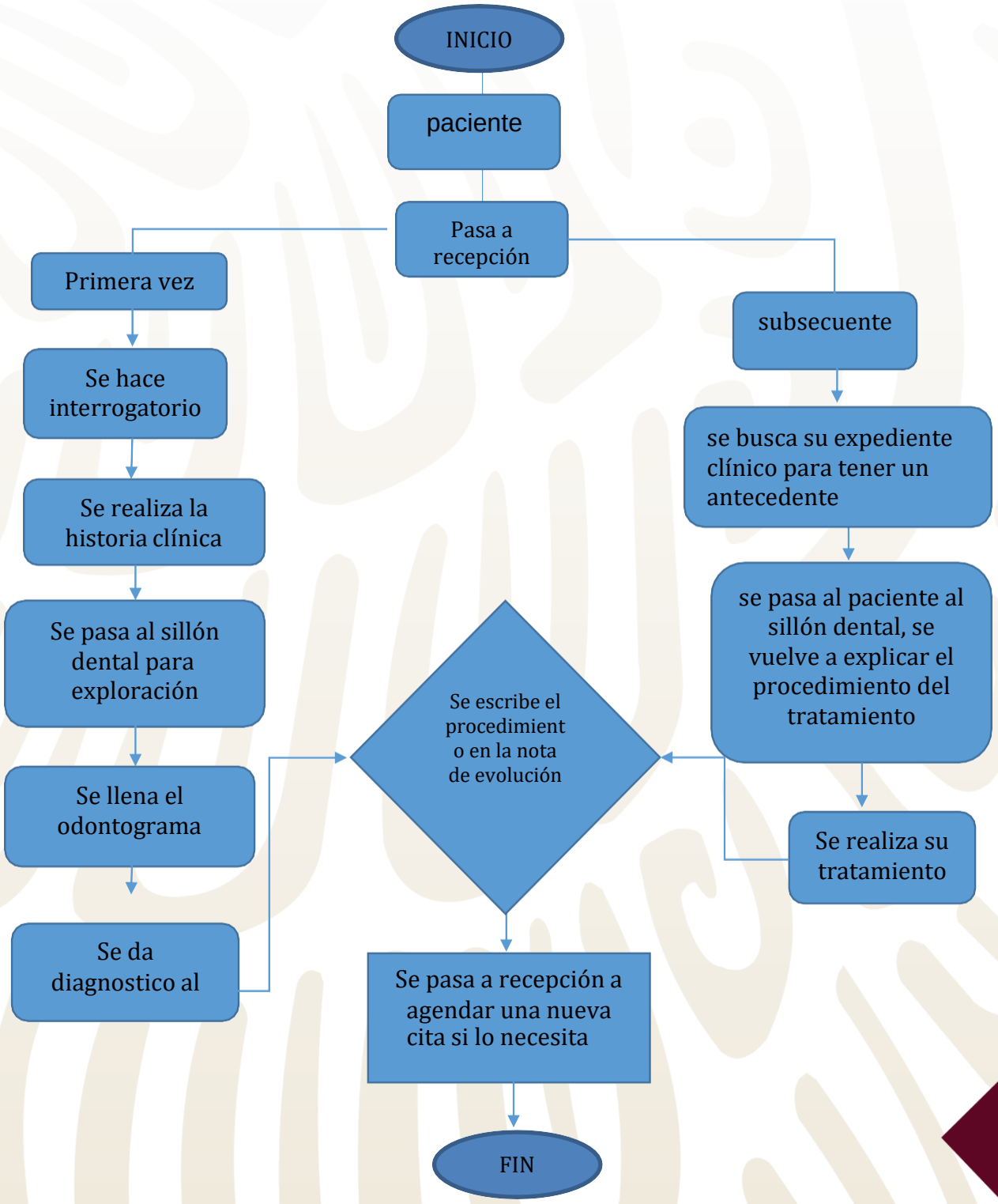
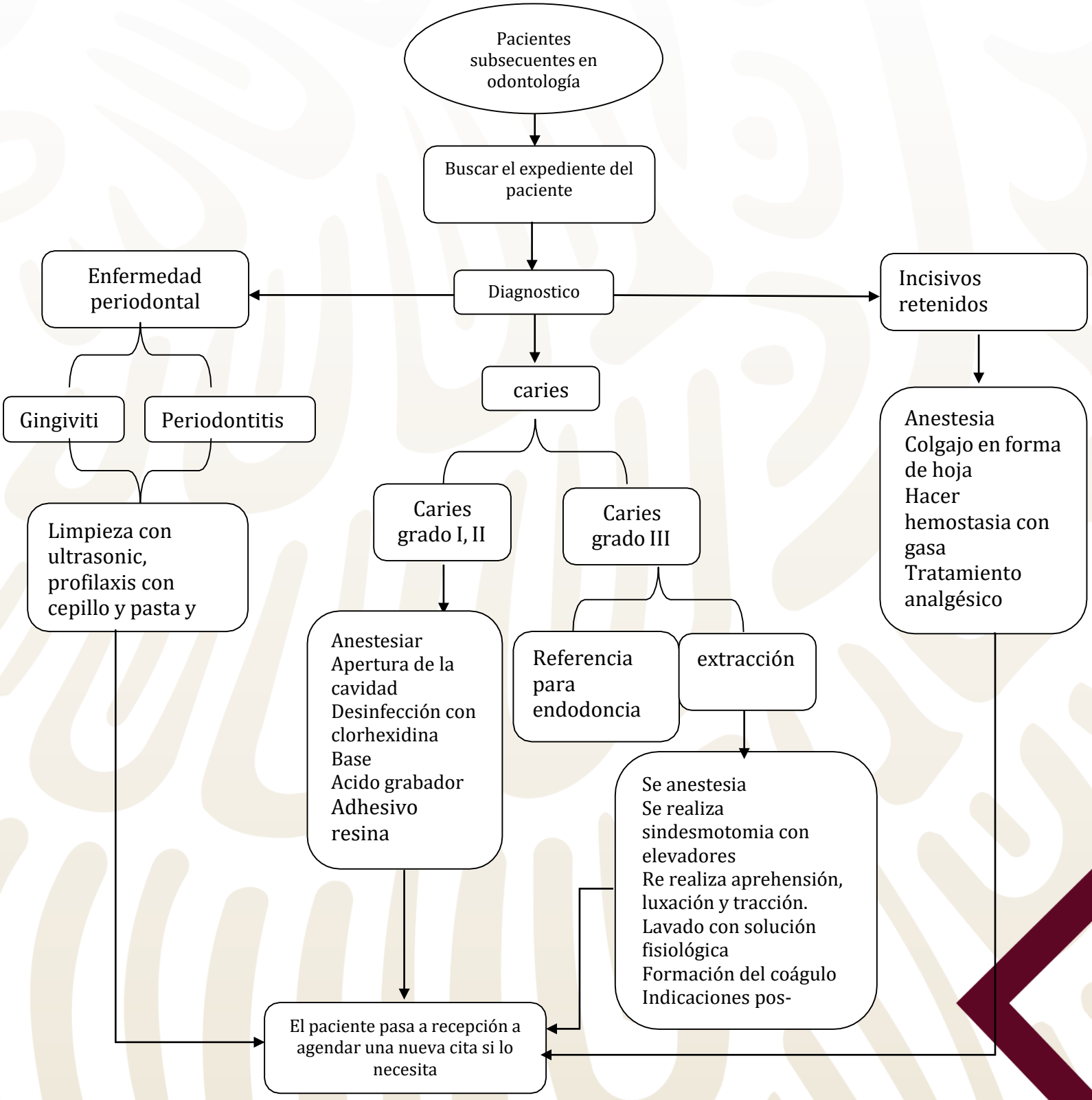


DIAGRAMA DE ODONTOLOGÍA.

1. Procedimiento para llevar a cabo la valoración e historia clínica del paciente.



2.-Procedimiento para realizar tratamientos odontológicos para cada diagnóstico.



3.-Procedimiento para la elaboración de la nota clínica inicial y notas clínicas subsecuentes.

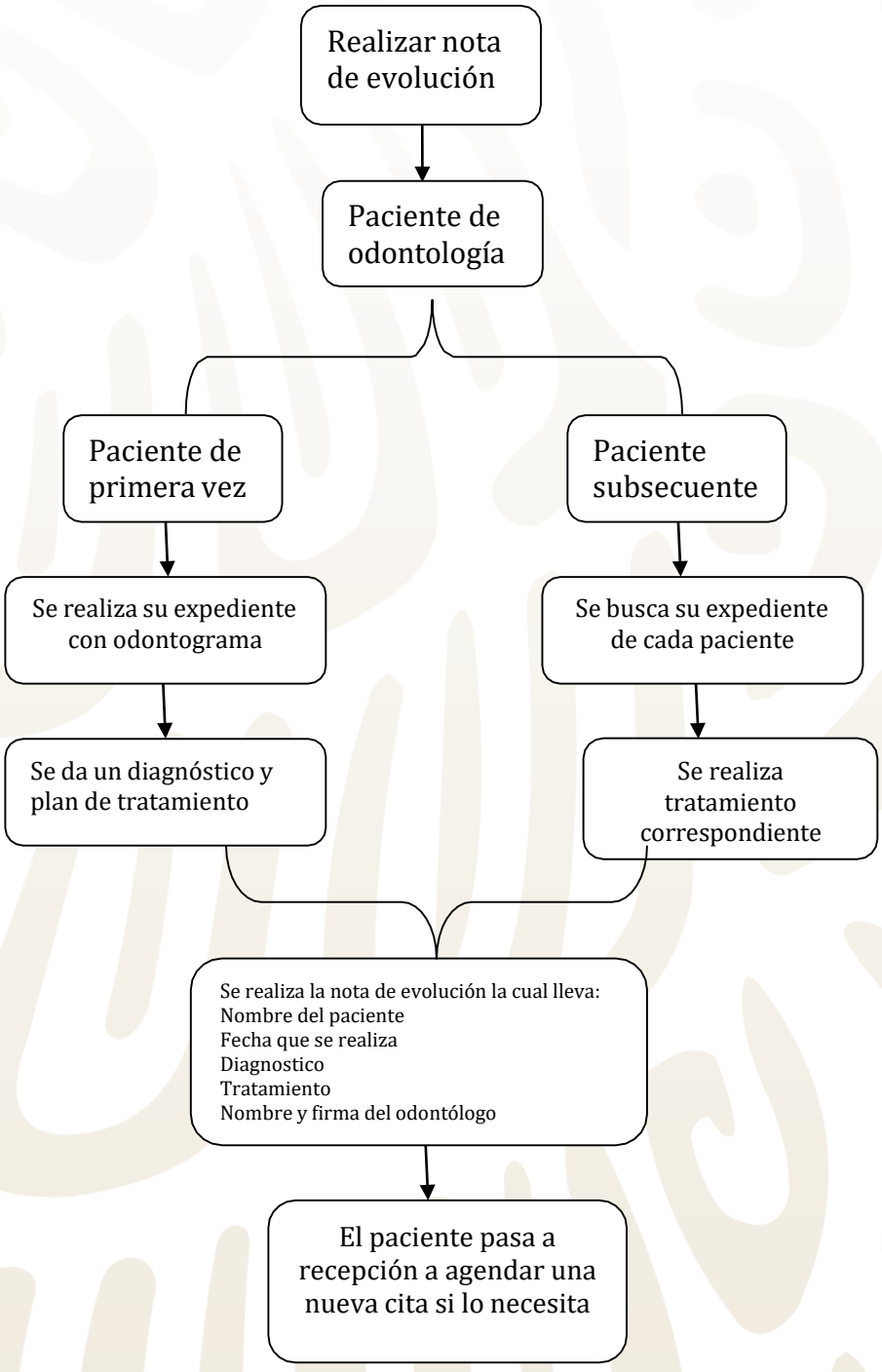
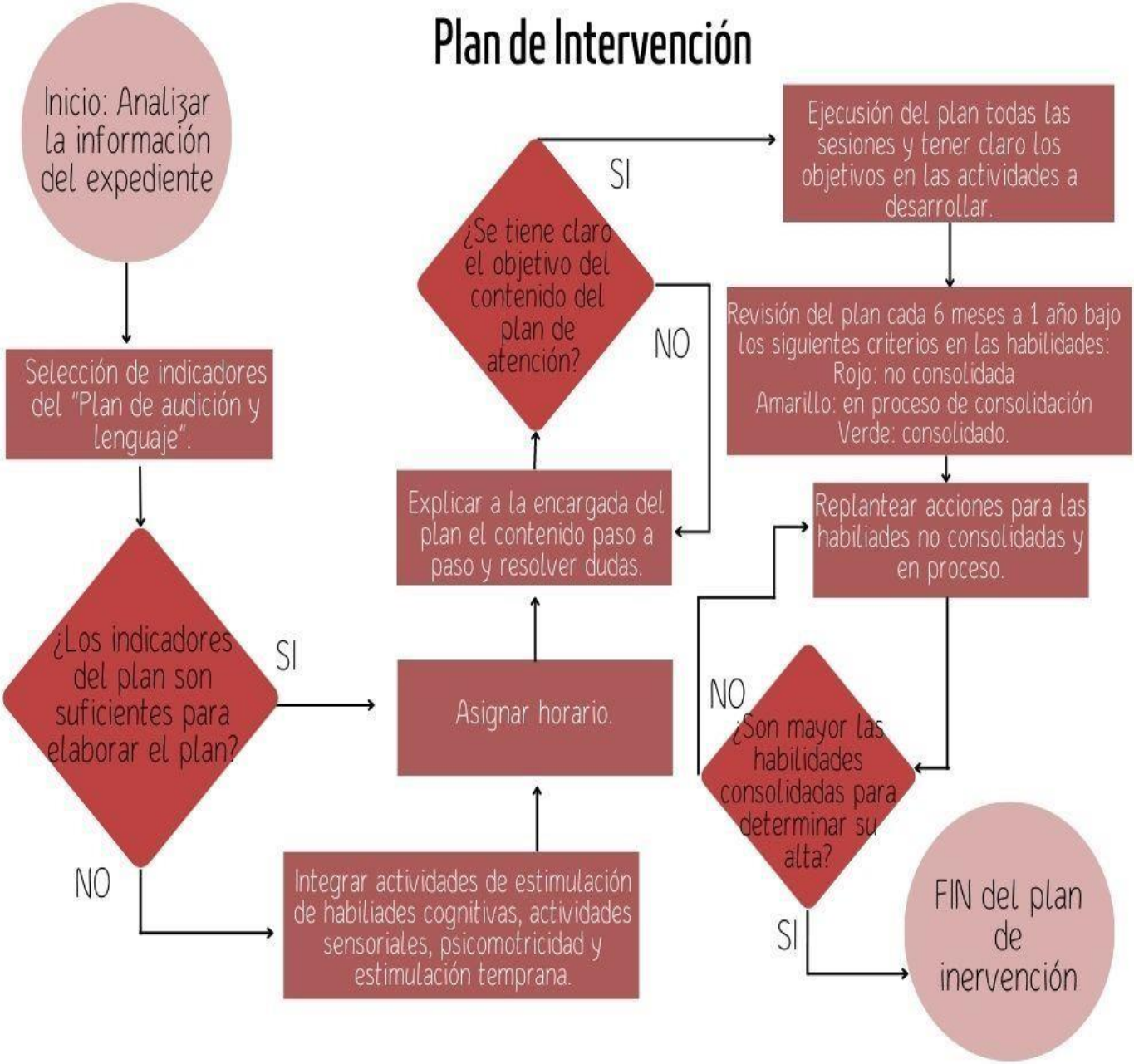
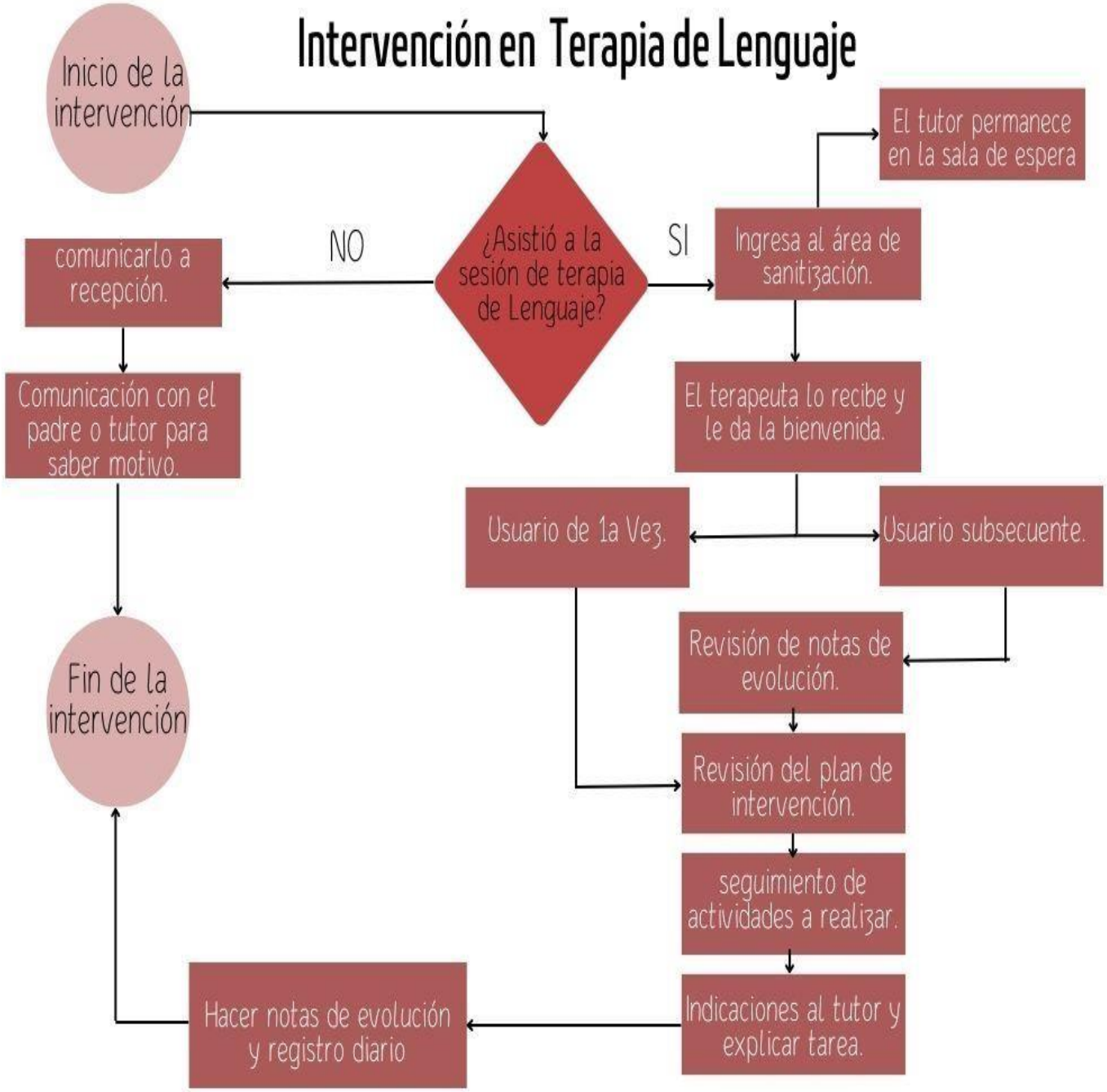


DIAGRAMA DE TERAPIA DE LENGUAJE



Intervención en Terapia de Lenguaje



Ingreso al área de Terapia de Lenguaje

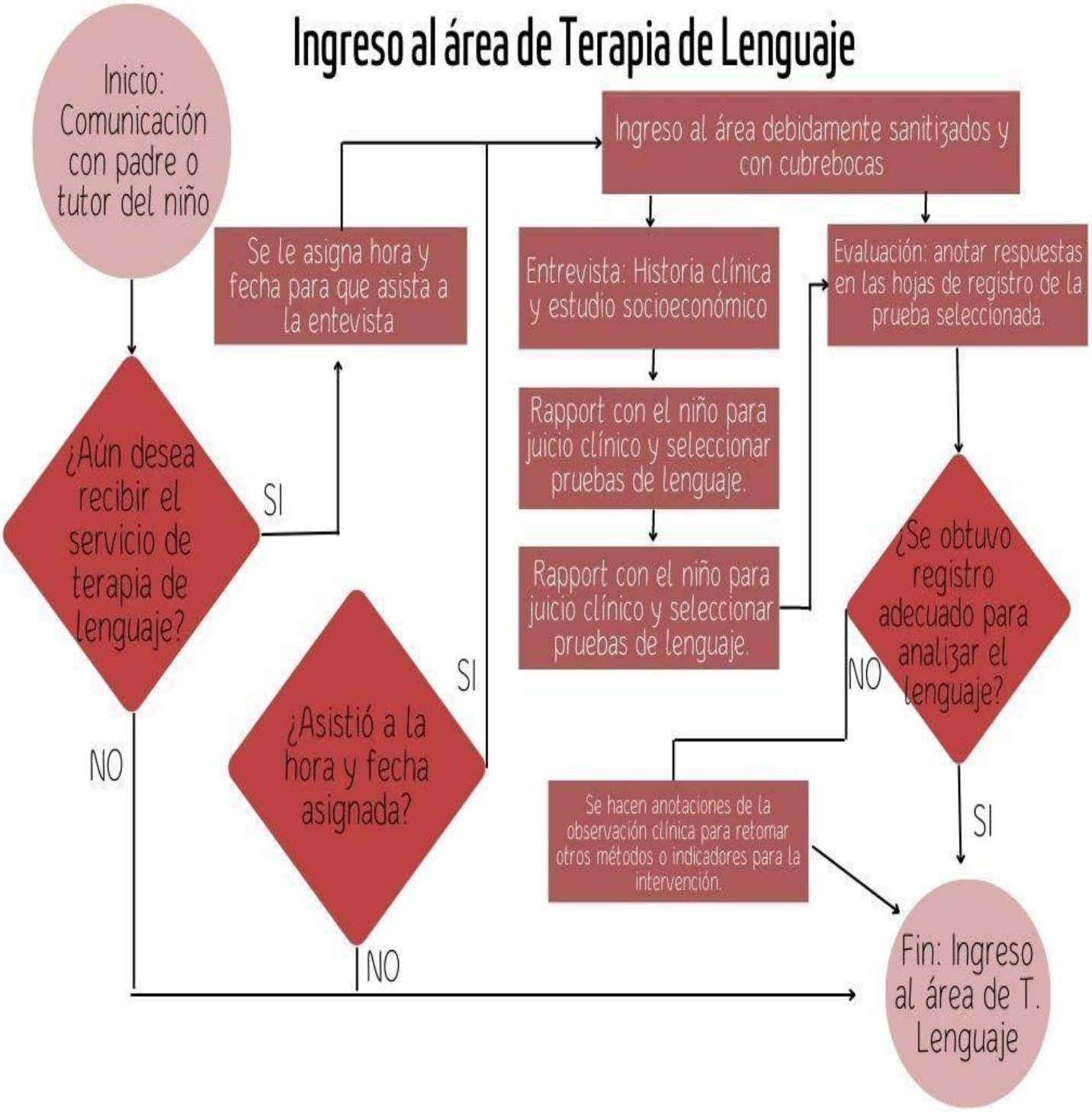
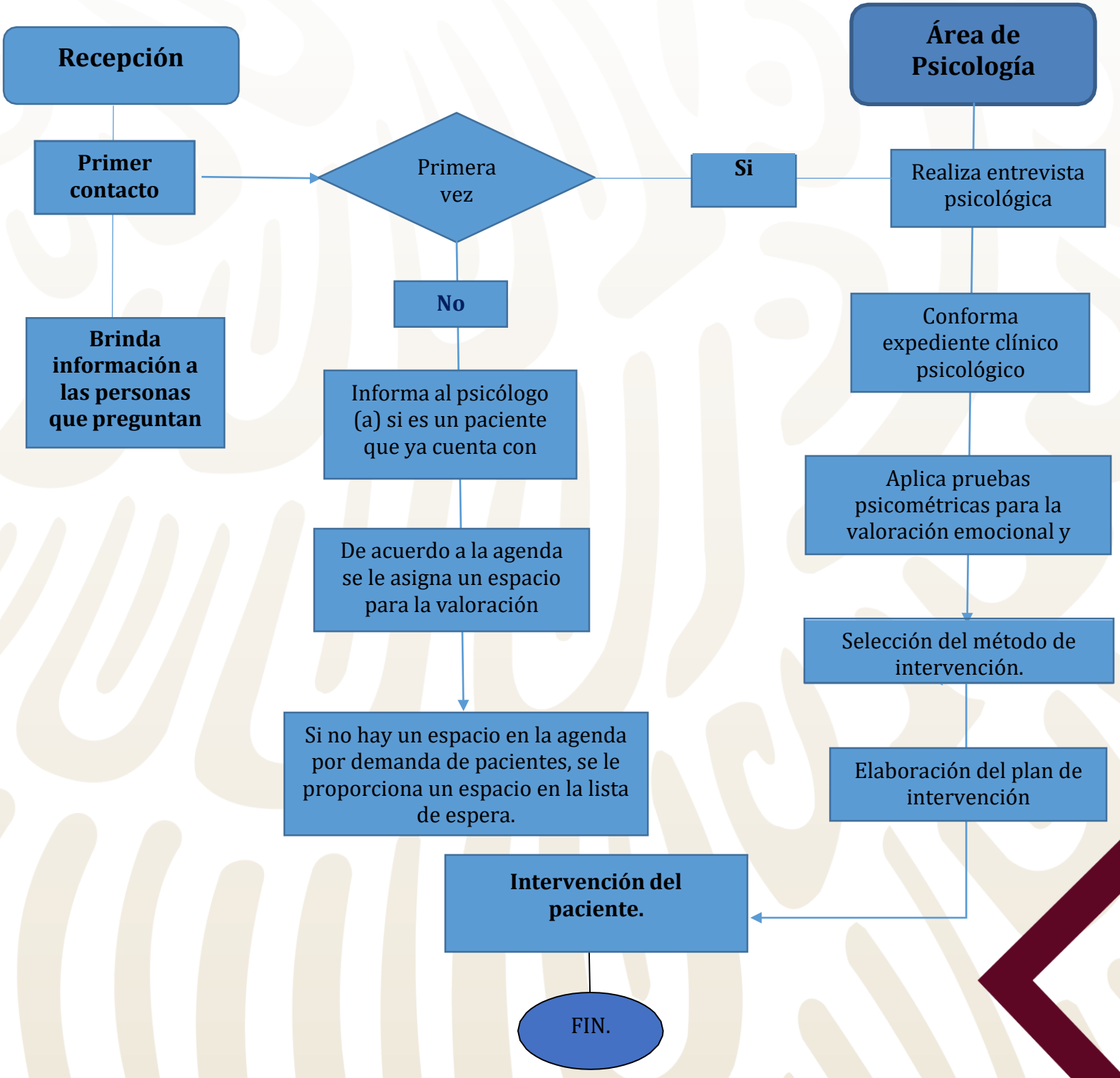


DIAGRAMA DE PSICOLOGÍA

Procedimiento 1



Procedimiento 2

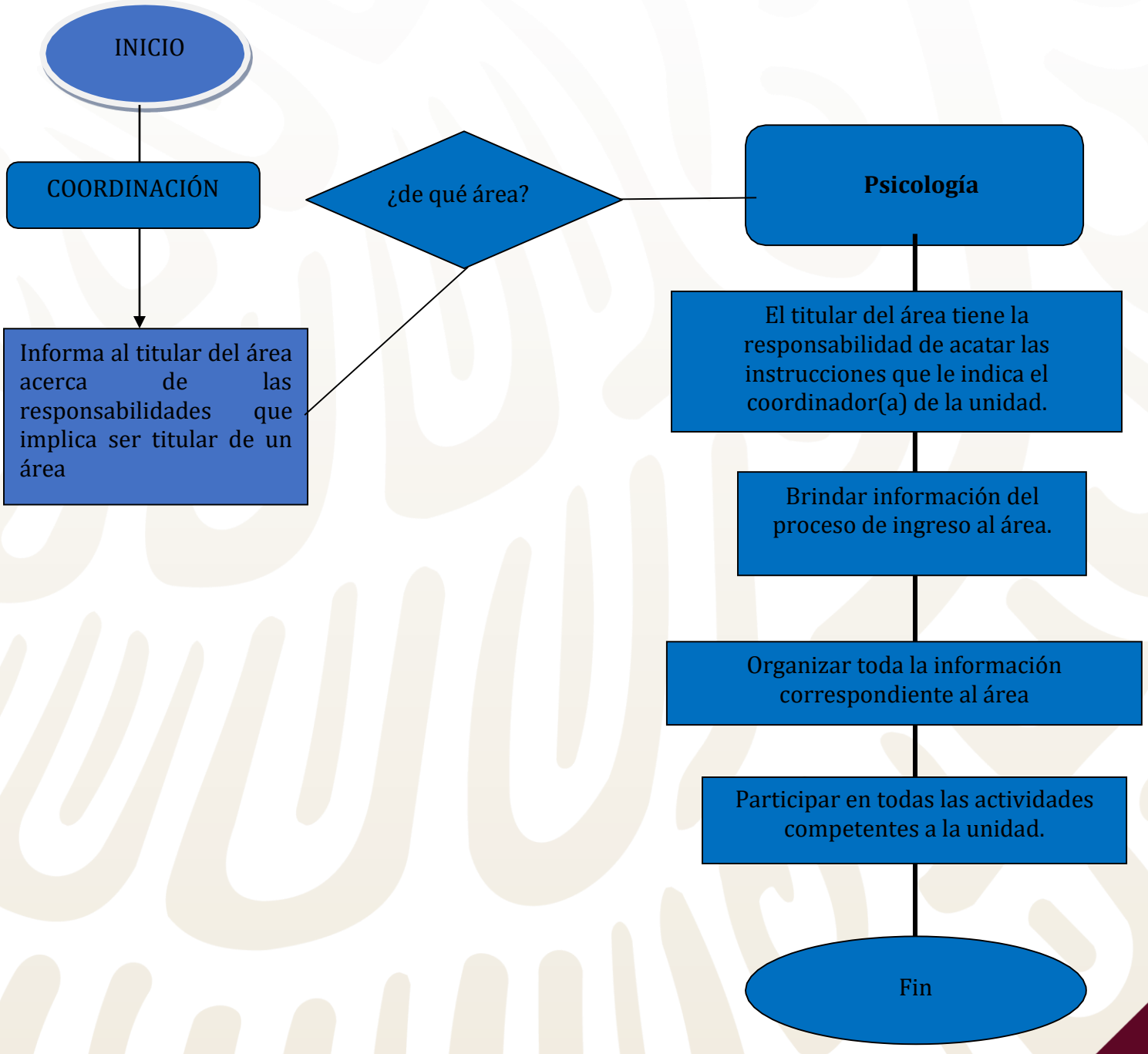
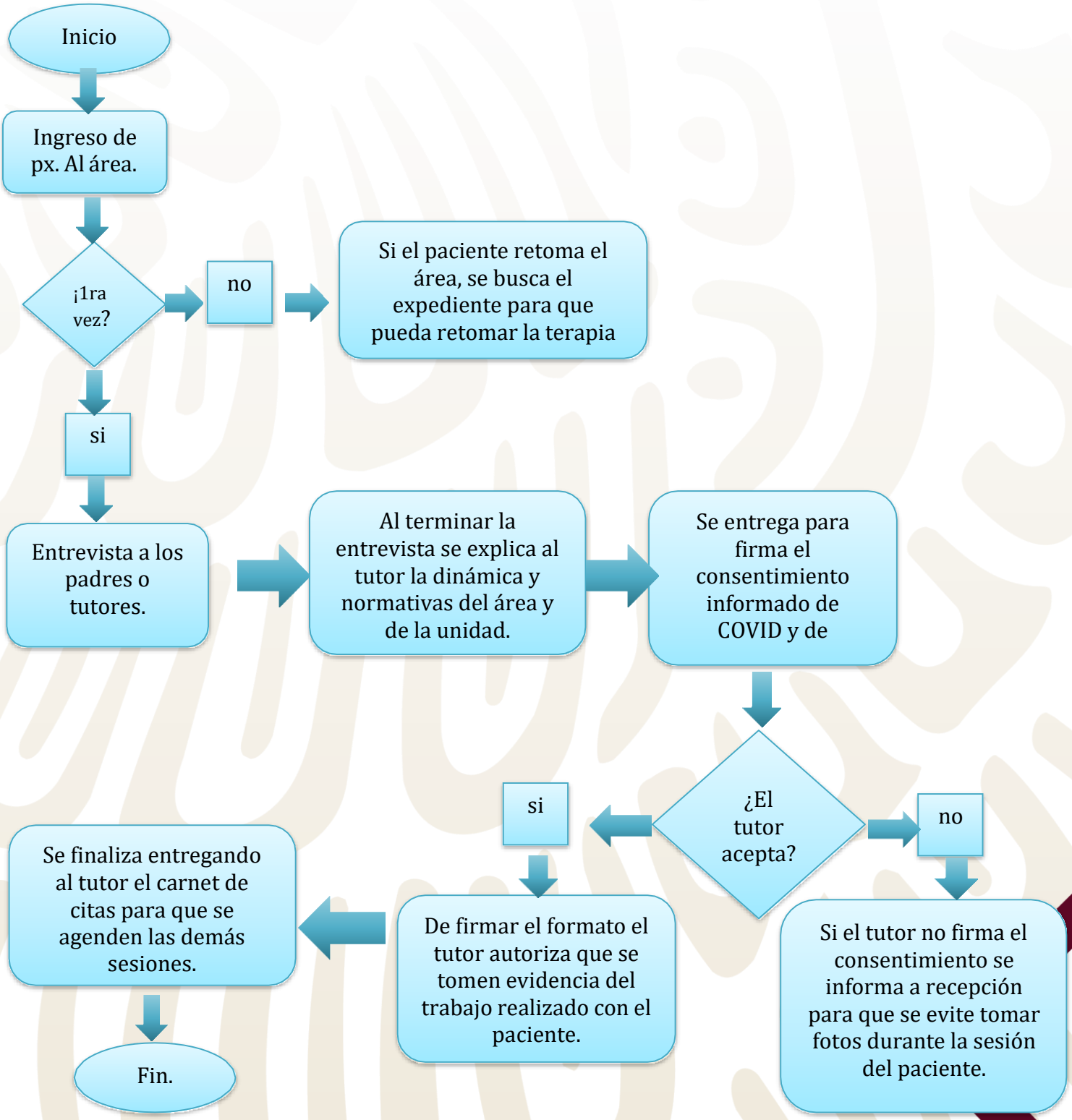
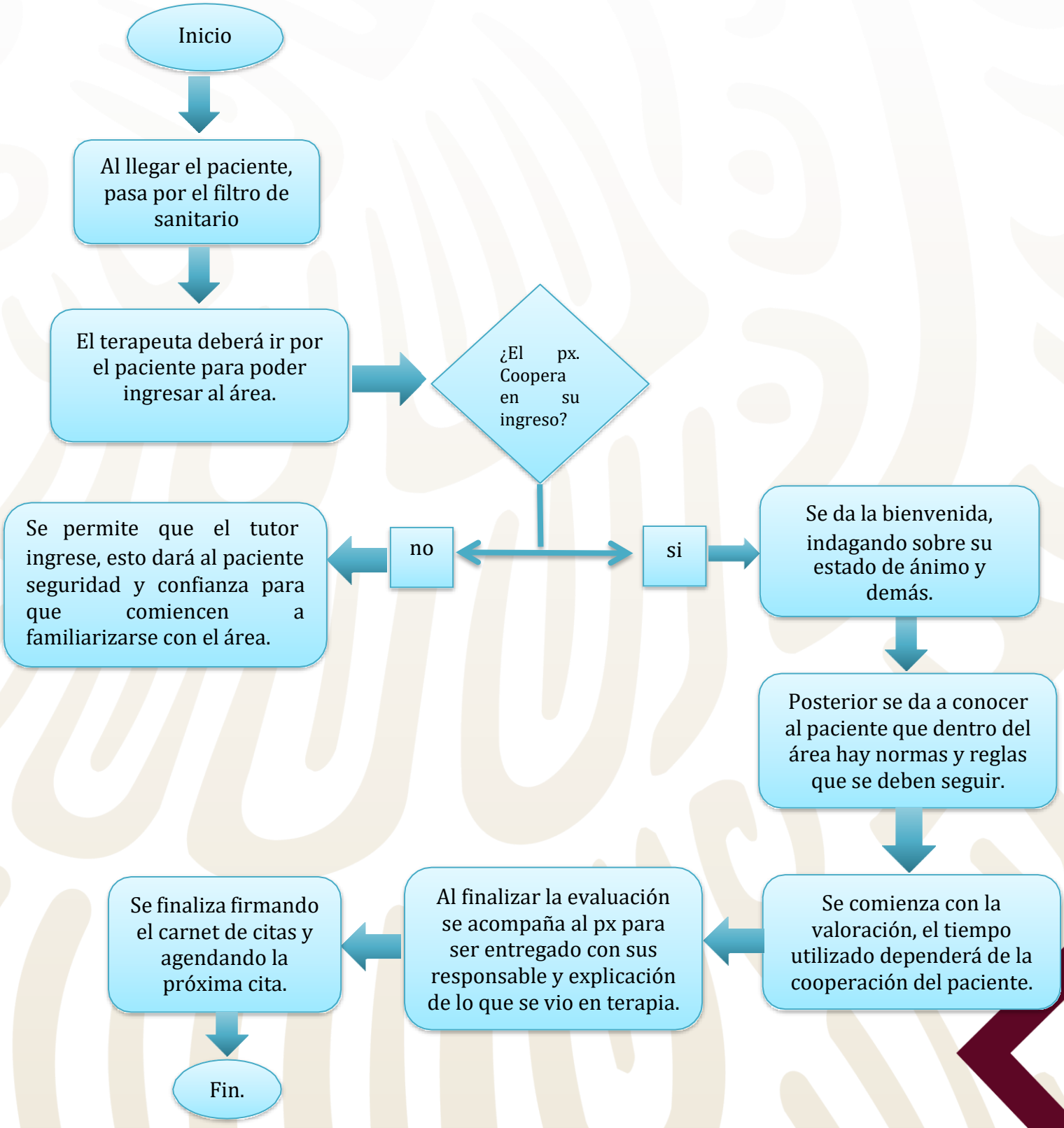


DIAGRAMA DE PEDAGOGÍA.

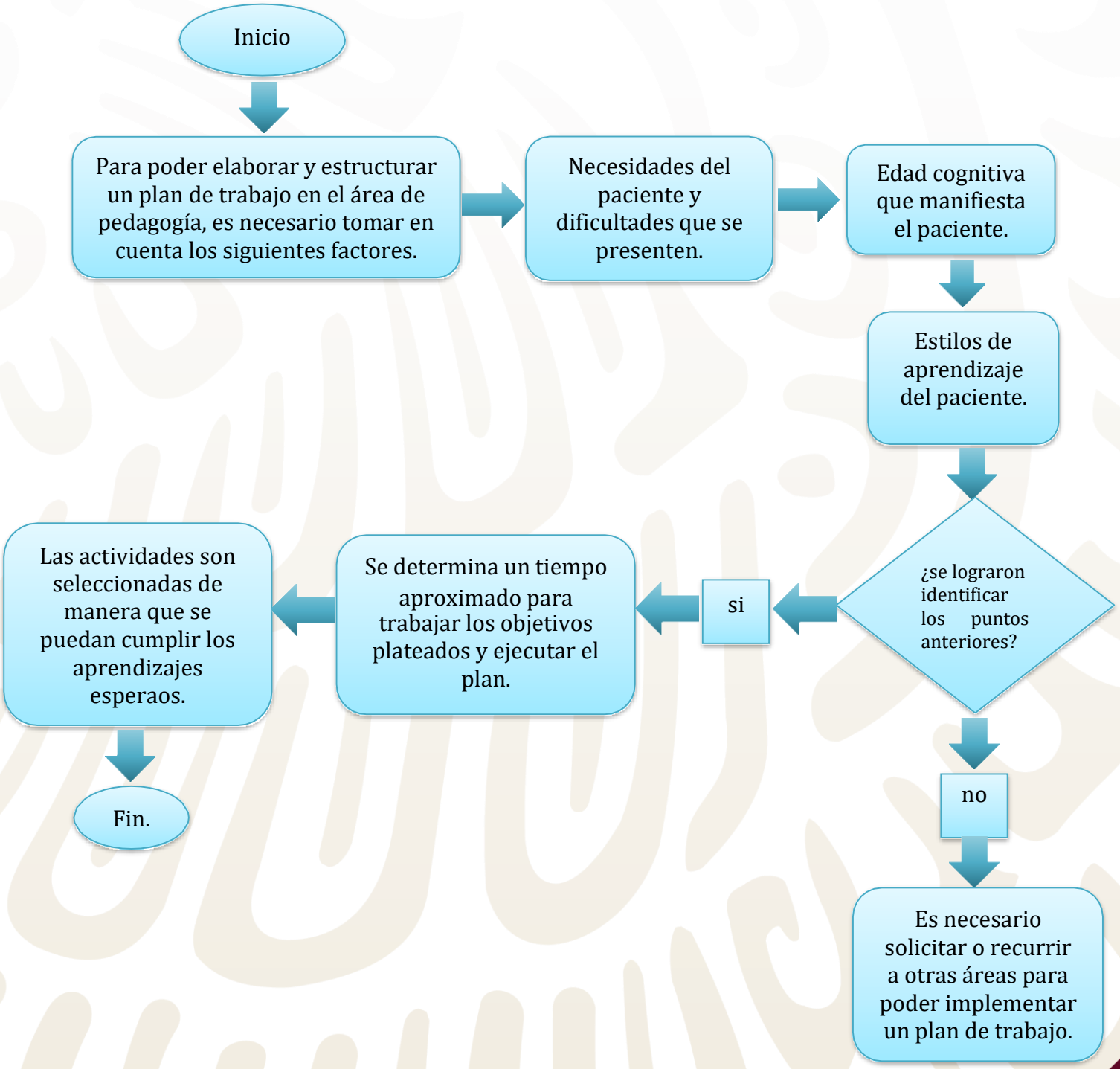
1.- ENTREVISTA



2.- EVALUACIÓN



3.- PLAN DE TRABAJO.



GLOSARIO:

Alveolo
nos referimos a la estructura o cavidad ósea en donde se alojan las raíces de los dientes, es una de las partes con mayor importancia, pues da sujeción a cada diente en conjunto con el ligamento periodontal.

Alternativas de solución: se puede entender a una acción o conjunto de acciones con el propósito solucionar o atender en cierta medida una problemática.

Antisepsia
se define como el empleo de medicamentos o de sustancias químicas para inhibir el crecimiento, destruir, o disminuir el número de microorganismos de la piel, mucosas y todos los tejidos vivos.

Cognición: es una combinación de procesos cerebrales que intervienen en todos los aspectos de la vida, como el pensamiento, la memoria, el lenguaje, el juicio y la capacidad de aprender cosas nuevas.

Cuasihaba: tarea de producción de una vocal o consonante de manera aislada o sostenida y diadococinecias.

Distal
Se refiere a la cara interproximal (también llamada cara interdental) que más se aleja del eje medio de la cara.

Expediente clínico: Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos.

Habla: Facultad individual del que cada uno hace uso de la lengua para poder comunicarse.

Instancia legal: se entiende cada uno de los grados jurisdiccionales en que se pueden conocer y resolver los diversos asuntos legales.

Lenguaje: Capacidad propia del ser humano para expresar pensamientos y sentimientos por medio de la palabra (sistema de signos que utiliza una comunidad).

Lengua de señas mexicana: lengua natural que utilizan las personas sordas en México posee su propia sintaxis, gramática y léxico.

luz halógena
es una parte muy importante en el ámbito de la odontología adhesiva moderna por su eficacia en los procesos de endurecimiento de diferentes materiales garantizando así tratamientos más viables y rápidos.

Motivo de consulta: situación por la cual una persona asiste a una terapia psicológica.

Método de intervención: son una acción desarrollada y organizada de control, seguimiento y asesoramiento para enfrentar de manera racional los problemas de los pacientes.

Odontograma
es un esquema de las dos arcadas dentales superior e inferior, en el que se encuentran las características anatómicas de los dientes. Permiten plasmar los datos de examen del paciente ya sea los que tiene hechos o los que tiene que hacer. Tiene una nomenclatura internacional para que pueda ser interpretado y entendido por cualquier profesional odontólogo. El odontograma es una parte imprescindible en la historia clínica del paciente.

Personas con discapacidad: Son aquellas personas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con el entorno, encuentran diversas barreras, que pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad.

Praxias orofaciales: ejecución de movimientos de diferentes partes de la cara (labios, ojos, lengua y cejas) se refleja en actos o gestos como: soplar, fruncir el ceño, inflar cachetes o dar besos.

Pruebas psicométricas: son un conjunto de métodos, técnicas y teorías utilizadas para medir y cuantificar las variables psicológicas del psiquismo humano.

Rapport: Suele utilizarse en psicología con mayor frecuencia y se refiera la técnica de crear conexión de empatía con otra persona para que se comunique con menos resistencia.

Recurso didáctico: es cualquier material que facilita al psicólogo(a) su función, le ayuda a explicarse mejor para que los conocimientos lleguen de una forma más clara al paciente.

Sindesmotomia
Es la maniobra que tiene como fin romper y desprender el diente se sus inserciones gingivales

Surco
Son pequeñas depresiones más o menos profundas, que se encuentran en el esmalte del diente en el punto donde se cruzan los surcos que separan las cúspides.

Tableros de comunicación: Método usado para personas que tienen dificultades para expresarse oralmente y que consiste en la representación gráfica de lenguaje.

Terapia psicológica: es un tratamiento de colaboración basado en la relación entre una persona y el psicólogo.

Trastornos de la comunicación: Patología lingüística estudiada en función de la gravedad del cuadro clínico leve, moderado o grave y se clasifican en los siguientes grupos: Trastorno del Desarrollo del lenguae, Trastorno de los Sonidos del Habla, Trastorno de la Fluidez, Trastorno de la Comunicación Social y Trastornos de la Comunicación No Especificada.

Usuario: Sujeto de atención que hace uso de un servicio que producto de una decisión informada recibe terapia.

Valoración cognitiva: se utilizan para saber si hay problemas con la cognición.

Valoración proyectiva: son técnicas que utilizan los profesionales de la salud mental para evaluar aspectos emocionales y de personalidad, a través de la presentación de estímulos ambiguos, que deben ser respondidos por el evaluado.

ANEXOS

HOJA DE CUOTA DE RECUPERACIÓN

N°	FOLIO	NOMBRE	T.F.	T.L.	PSIC.	C.M.	O.	P.	H.	CUOTA
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

HOJA DIARIA DE LA UNIDAD MOVIL

FECHA	NOMBRE	EDAD	H	M	TELEFONO	DOMICILIO

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
8:00						
9:00						
10:00						
11:00						
12:00						
1:00						
2:00						
3:00						
4:00						

ÁREA DE VALORACIÓN: TERAPIA DE LENGUAJE FECHA: _____

TITULAR: LIC. MARYCRUZ PÉREZ ARELLANES

Gobierno Municipal
SAN PEDRO POCHUTLA
2022 - 2024

Generando Bienestar

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
8:00						
9:00						
10:00						
11:00						
12:00						
1:00						
2:00						

AREA DE VALORACION: PSICOLOGIA TITULAR: LIC. ELIZABETH CARDENAS LOPEZ

FECHA: _____

AREA DE VALORACIÓN: TERAPIA FISICA **TERAPEUTA: MA. ITZEL CASTILLO VENEGAS**

FECHA: DEL 18 AL 23 DE JULIO

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
8:00						
9:00						
10:00						
11:00						
12:00						
1:00						
2:00						

ESTUDIO SOCIOECONOMICO

NOMBRE COMPLETO DEL PX.	
EDAD	
FECHA DE NACIMIENTO	
DOMICILIO LOCALIDAD O MUNICIPIO	
ESCOLARIDAD	
ESTADO CIVIL	
NOMBRE DEL RESPONSABLE	
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD	(SI) (NO) DIAGNOSTICO:

VIVE EN CASA	CARACTERISTICAS	
PROPIA	N° DE PISOS:	PATIO: (SI) (NO)
RENTADA	N° DE BAÑOS:	COCINA: (SI) (NO)
PRESTADA	N° DE CUARTOS:	TECHO DE:
FAMILIAR	SALA: (SI) (NO)	PAREDES DE:
ELECTRODOMESTICOS:		

CUENTA CON SEGURO MEDICO: (SI) (NO) CUAL ES:

RECIBE ALGUN APOYO DEL GOBIERNO FEDERAL,ESTATAL O MUNICIPAL			
SI	NO	¿Cuál?	MONTO

SERVICIO PUBLICO CON LOS QUE CUENTA TU COMUNIDAD	
ESCUELA	PAVIMENTACION
CENTRO DE SALUD	ALUMBRADO
HOSPITAL	TELEFONO
TRANSPORTE	DRENAJE
AGUA POTABLE	

PERSONAS QUE APORTAN	INGRESO MENSUAL	DESGLOSE DE GASTOS	EGRESO MENSUAL
ESPOSO		DESPENSA/ALIMENTACIÓN	
ESPOSA		RENTA O PREDIO	
HIJO(S)		AGUA	
OTROS		LUZ	
TOTAL		GAS	
N° DE INTEGRANTES		TELEFONO FIJO O CELULAR	
		GASTOS ESCOLARES	
		TRANSPORTE	
		GASTOS DE SALUD	
		ADICIONALES	
		TOTAL	

QUE ENFERMEDADES EXISTEN EN LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA					
CANCER		ENF. RENAL		PALADAR ENDEDIO	
DIABETES		ALZHAIMER		ALERGIAS	
CARDIOPATAS		HIPERTENCION		DISCAPACIDAD	

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREVISTA

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO

BITACORA

FECHA:	OBSERVACIONES
NOMBRE Y FIRMA:	

FECHA:	OBSERVACIONES
NOMBRE Y FIRMA:	

FECHA:	OBSERVACIONES
NOMBRE Y FIRMA:	

AGENDA DEL TRANSPORTE UBR

FECHA:

DIA	NOMBRE DEL PACIENTE	HORA	DOMICILIO	TELEFONO
L U N E S				

FECHA:

DIA	NOMBRE DEL PACIENTE	HORA	DOMICILIO	TELEFONO
M A R T E S				

FECHA:

DIA	NOMBRE DEL PACIENTE	HORA	DOMICILIO	TELEFONO
M I E R C O L E S				

FECHA:

FECHA:

DIA	NOMBRE DEL PACIENTE	HORA	DOMICILIO	TELEFONO
JUEVES				

DIA	NOMBRE DEL PACIENTE	HORA	DOMICILIO	TELEFONO
VIERNES				

NEXOS:

HISTORIA CLINICA

PX ._____EDAD_____FECHA_____HORA_____
FECHA DE NACIMIENTO_____N° DE TELEFONO_____
ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

ANTECEDES PERSONALES NO PATOLOGICOS
ORIGINARIO_____RESIDENTE_____OCUPACION_____ESTADOCIVIL_____
_____RELIGION_____HABITOSHIGIENICOS_____DIETETICOS_____ZOONOSIS_____ALCOHOLISMO_____
TABAQUISMO_____OTROS-TOXICO_____
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS
QUIRÚRGICOS_____FRACTURAS_____HEMOTRANFUSIONES_____CRONOCOD
EGENERATIVA_____NEOPLASICOS_____NEUROLOGICOS_____
DERMATOLOGICOS_____INFECTOCONTAGIOSOS_____ENFERMEDADES
PORVECTORES_____EXANTEMATICAS_____OTROS_____
ANTECEDENTES GINECO-OBSTRETICOS
MENARCA_____CICLOS_____EU/DISMENORREA_____FUR_____IVSA_____NPS_____MENOPAUSIA_____
GESTA_____CESAREA_____ABORTO_____OBITO_____MPF_____DOC_____
OTROS_____
ANTECEDENTES PERINATALES/PEDIATRICOS
PRODUCTO DE LA GESTA_____OBTENIDOPORVIA_____CAUSA/COMPLICACIÓN_____
SMLD_____SOSTEN CEFALICO_____GATEO_____ABLACTACION_____
DEAMBULACION_____DESARROLLO MOTRIZ_____DESARROLLO NEUROLOGICO_____
DESARROLLO DE LENGUAJE_____APGAR_____SA_____PESO AL NACER_____TALLA AL NACER_____

PADECIMIENTO ACTUAL

DIAGNOSTICO

PLAN

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO
TRATAMIENTO DE URGENCIA EN LA UNIDAD BASICA DE REHABILITACIÓN EN LA CONTINGENCIA Y EMERGENCIA SANITARIA POR DECLARACION DE PANDEMIA COVID-19

YO._____VOLUNTARIAMENTE ACEPTO QUE MI HIJO: _____
RECIBA LAS TERAPIAS O TALLERES EN EL AREA DE_____DURANTE LA **CONTINGENCIA Y EMERGENCIA SANITARIA POR DECLARACIÓN DE PANDEMIA COVID-19.** TENIENDO COMO DOMICILIO: _____
YO CONFIRMO Y MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DESIR VERDAD QUE NO ESTOY PRESENTANDO NI EH ESTADO EN CONTACTO CON NINGUNA PERSONA INFECTADA CON LOS SIGUIENTES SINTOMAS DE LA DEFINICION OPERACIONAL DE COVID-19 ENUMERADOS A CONTINUACIÓN:
1.- **CASO SOSPECHOSO**:
PERSONA QUE EN LOS ULTIMOS 7 DIAS, HAYA PRESENTADO DOS DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y SINTOMAS:

- **TOS, FIEBRE O CEFELEA.**
- ACOMPAÑADOS DE AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES:
- DISNEA (DIFICULTAD PARA RESPIRAR DATO DE GRAVEDAD)
- ARTRALGIAS (DOLOR DE ARTICULACIONES)
- MIALGIAS (DOLOR MUSCULAR)
- ODINOFAGIA (ARDOR DOLOR FARINGEO DE GARGANTA)
- RINORREA (FLUJO DE SECRECION POR NARIZ)
- CONJUNTIVITIS (INFLAMACION INTERNA DEL OJO)
- DOLOR TORACICO (LESIONES EN PIEL)
- ANOSMIA (PERDIDA DE OLFATO)
- DOLOR ABDOMINAL
- EN MENORES DE 5 AÑOS LA IRRITABILIDAD PUEDE SUSTITUIR A LA CEFALEA

2.- CASO CONFIRMADO:
PERSONA QUE CUMPLA CON LA DESCRIPCIÓN DE CASO SOSPECHOSO Y QUE CUENTE CON **DIAGNOSTICO CONFIRMADO POR LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS DE SALUD PUBLICA RECONOCIDOS POR EL INDRE**.
RECONOZCO Y MANIFIESTO QUE A LA PRESENTE FECHA MI HIJO(A) NO SOMOS CASO SOPECHOSO O CONFIRMADO DE COVID 19 Y AUTORIZO LA ATENCION EN EL AREA DE: _____
SE ME HA EXPLICADO DE MANERA VERBAL Y/O POR TEXTO QUE LA VIA DE TRASMICIÓN DEL Ncov-2019 ES ATRAVEZ DE GOTAS DE SALIVA Y CONTACTO DIRECTO CON SUPERFICIES CONTAMINADAS, POR LO QUE EL TERAPEUTA Y EL PACIENTE TIENEN UNA MAYOR EXPOSICION, DEBIDO AL USO DE MATERIALES ROTARIO PARA LAS TERAPIAS, ADEMAS DE LA PROXIMIDAD CON LA QUE TRABAJA LA TERAPEUTA CON EL PACIENTE (MENOR DE 50 CENTIMETROS).

- CONOZCO QUE SE REALIZAN LOS PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION GENERAL, DE LOS ESPACIOS DE AREAS COMUNES, SALA DE ESPERA, TRANSITO DE PERSONAS, ASI COMO LAS MEDIDAS DE PREVENCION PARA LA DESINFECCION PERSONAL CON EL USO DE GEL ANTIBACTERIAL A TODO PACIENTE QUE LLEGUE Y EL LAVADO DE MANOS.
- EL PERSONAL DE ATENCION REALIZA LOS PROCESOS DE CONTROL DE INFECCIONES CRUZADAS, COMO SON EL LAVADO DE MANOS EN TODO MOMENTO PREVIO, DURANTE Y POSTERIOR A LOS PROCEDIMIENTOS, OCUPA EQUIPO DE PROTECCION DESECHABLE PARA LA ATENCION DE LOS PACIENTES, EL MOBILIARIO DEL CUBICULO DE ATENCIÓN, ASI COMO TODO EL MATERIAL QUE SE USA PARA MI ATENCIÓN ES PREVIAMENTE SANITIZADO, DE LA MISMA MANERA POSTERIOR A LA ATENCIÓN QUE SE REALIZA.
- ENTIENDO QUE LOS HABITOS DE LAS PERSONAS QUE CIRCULAN EN LA CALLE, LAS AREAS COMUNES, ADEMAS DE LOS PROCEDIMIENTOS CLINICOS POR LAS CARACTERISTICAS DEL VIRUS, GENERAN QUE ME ENCUENTRE EN EL GRUPO DE ALTO RIESGO DE CONTAGIO, ESTO DISMINUYE CON LAS MEDIDAS DE CONTROL DE INFECCIONES ANTES MENCIONADAS.
- YO MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD QUE ESTOY BUSCANDO EL SERVICIO PARA UNA ATENCIÓN QUE CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE ATENCION.

FIRMA DEL TUTOR O RESPONSABLE:_____FECHA: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRATAMIENTO DE URGENCIA ODONTOLOGICA EN LA UNIDAD BASICA DE REHABILITACIÓN DURANTE LA CONTINGENCIA Y EMERGENCIA SANITARIA POR DECLARACION DE PANDEMIA COVID-19.

CONFIRMACION DE PACIENTE POR SOSPECHA O CONTAGIO

YO._____VOLUNTARIAMENTE ACEPTO TENER UN TRATAMIENTO ODONTOLOGICO DE URGENCIA DURANTE LA **CONTINGENCIA Y EMERGENCIA SANITARIA POR DECLARACIÓN DE PANDEMIA COVID-19.** TENIENDO COMO DOMICILIO: _____YO CONFIRMO Y MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DESIR VERDAD QUE NO ESTOY PRESENTANDO NI EH ESTADO EN CONTACTO CON NINGUNA PERSONA INFECTADA CON LOS SIGUIENTES SINTOMAS DE LA DEFINICION OPERACIONAL DE COVID-19 ENUMERADOS A CONTINUACIÓN:

1.- **CASO SOSPECHOSO**:

PERSONA QUE EN LOS ULTIMOS 7 DIAS, HAYA PRESENTADO DOS DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y SINTOMAS:

- **TOS, FIEBRE O CEFELEA.**
- DISNEA (DIFICULTAD PARA RESPIRAR DATO DE GRAVEDAD)
- ARTRALGIAS (DOLOR DE ARTICULACIONES)
- MIALGIAS (DOLOR MUSCULAR)
- ODINOFAGIA (ARDOR DOLOR FARINGEO DE GARGANTA)
- RINORREA (FLUJO DE SECRECION POR NARIZ)
- CONJUNTIVITIS (INFLAMACION INTERNA DEL OJO)
- DOLOR TORACICO (LESIONES EN PIEL)
- ANOSMIA (PERDIDA DE OLFATO)
- DOLOR ABDOMINAL
- EN MENORES DE 5 AÑOS LA IRRITABILIDAD PUEDE SUSTITUIR A LA CEFALEA

2.- CASO CONFIRMADO:

PERSONA QUE CUMPLA CON LA DESCRIPCIÓN DE CASO SOSPECHOSO Y QUE CUENTE CON **DIAGNOSTICO CONFIRMADO POR LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS DE SALUD PUBLICA RECONOCIDOS POR EL INDRE**.

RECONOZCO Y MANIFIESTO QUE A LA PRESENTE FECHA MI HIJO(A) NO SOMOS CASO SOPECHOSO O CONFIRMADO DE COVID 19 Y AUTORIZO LA ATENCION EN EL AREA DE: _____

*SE ME HA EXPLICADO DE MANERA VERBAL Y/O POR TEXTO QUE LA VIA DE TRASMICIÓN DEL Ncov-2019 ES ATRAVEZ DE GOTAS DE SALIVA Y CONTACTO DIRECTO CON SUPERFICIES CONTAMINADAS, POR LO QUE EL ODONTOLOGO Y EL PACIENTE TIENEN UNA MAYOR EXPOSICION, DEBIDO AL USO DE EQUIPO ROTARIO PARA EL TRATAMIENTO, QUE GENERA AEROSOLES CON SALIVA Y SANGRE (PORTADORES DEL VIRUS) QUE SE DISPERSAN EN EL AMBIENTE, ADEMAS DE LA PROXIMIDAD CON LA QUE TRABAJA EL ODONTOLOGO CON EL PACIENTE (MENOR DE 50 CENTIMETROS).

- CONOZCO QUE SE REALIZAN LOS PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION GENERAL, DE LOS ESPACIOS DE AREAS COMUNES, SALA DE ESPERA, TRANSITO DE PERSONAS, ASI COMO LAS MEDIDAS DE PREVENCION PARA LA DESINFECCION PERSONAL CON EL USO DE GEL ANTIBACTERIAL A TODO PACIENTE QUE LLEGUE Y EL LAVADO DE MANOS.
- EL PERSONAL DE ATENCION REALIZA LOS PROCESOS DE CONTROL DE INFECCIONES CRUZADAS, COMO SON EL LAVADO DE MANOS EN TODO MOMENTO PREVIO, DURANTE Y POSTERIOR A LOS PROCEDIMIENTOS, OCUPA EQUIPO DE PROTECCION DESECHABLE PARA LA ATENCION DE LOS PACIENTES, EL MOBILIARIO DEL CUBICULO DE ATENCIÓN, ASI COMO TODO EL MATERIAL QUE SE USA PARA MI ATENCIÓN ES PREVIAMENTE SANITIZADO Y ESTERILIZADO, DE LA MISMA MANERA POSTERIOR A LA ATENCIÓN QUE SE REALIZA.
- ENTIENDO QUE LOS HABITOS DE LAS PERSONAS QUE CIRCULAN EN LA CALLE, LAS AREAS COMUNES, ADEMAS DE LOS PROCEDIMIENTOS CLINICOS POR LAS CARACTERISTICAS DEL VIRUS, GENERAN QUE ME ENCUENTRE EN EL GRUPO DE ALTO RIESGO DE CONTAGIO, ESTO DISMINUYE CON LAS MEDIDAS DE CONTROL DE INFECCIONES ANTES MENCIONADAS.
- TENGO CONOCIMIENTO QUE LA ATENCION ODONTOLOGICA GENERA AEROSOLY ASPERSIÓN SE SALIVA SE RECOMENDARA SU PROGRAMACIÓN, SOLAMENTE SE BRINDARA ATENCIÓN SIEMPRE Y CUANDO EL PACIENTE SE CONSIDERE APARENTEMENTE SANO, EN CASO DE SER PACIENTE CONTAGIADO O SOSPECHOSO DEBE REFERIESE ATENCIÓN HOSPITALARIA. EN EL CASO DE HABER SALIDO POSITIVO EN ALGUN MOMENTO TIENE QUE HABER PASADO UN TIEMPO CONSIDERADO A CRITERIO DEL ODONTOLOGO PARA SU ATENCIÓN.
- YO MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD QUE ESTOY BUSCANDO TRATAMIENTO PARA UNA AFECCION QUE CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE ATENCIÓN DE URGENCIA ODONTOLOGICA LO CUAL CONSISTE EN: FUERTE DOLOR, INFLAMACIÓN, EXUDADO PURULENTO, LIMITACIÓN EN LA APERTURA, TRAUMATISMO, SANGRADO EXCESIVO, AUMENTO DE VOLUMEN, LIMITACION EN MOVIMIENTOS DE LA MASTICACIÓN, O LOS QUE CONSIDERE EL ODONTOLOGO TRATANTE.

FIRMA DEL TUTOR O RESPONSABLE:_____FECHA: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE FOTOGRAFÍA

YO:_____SIENDO PACIENTE, TUTOR O RESPONSABLE.

POR MEDIO DE LA PRESENTE DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE TOMEN FOTOGRAFIAS DURANTE EL TRATAMIENTO QUE ME REALICEN EN LA UNIDAD BASICA DE REHABILITACIÓN O SE REALICE ALGUN TIPO DE ACTIVIDAD DENTRO O FUERA DE LAS INSTALACIONES. EL TERMINO "FOTOGRAFIA" INCLUYE FOTOS O VIDEOS DIGITALES O CUALQUIER OTRO MEDIO DE REGISTRO O PRODUCCION DE IMÁGENES.

SE LE HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE DICHAS FOTOGRAFIAS SE UTILIZARAN PARA DAR A CONOCER EL TRABAJO Y ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN EN ESTA UNIDAD BASICA DE REHABILITACION DE SAN PEDRO POCHUTLA EN LA PAGINA OFICIAL DE LA UBR (https://www.facebook.com/UBR-Pochutla-852822048431142/) , LA UBR ES UNA DEPENDENCIA DE LA ACTUAL ADMINISTRACION MUNICIPAL 2022-2024. EN LA CUAL TAMBIEN EXISTEN PAGINAS OFICIALES COMO SON: https://www.facebook.com/PochutlaGobiernoMunicipal/, y la página oficial de la actual presidente municipal @ Saymi Pineda Velasco (político). EN LAS QUE SE PUBLICAN ALGUNAS DE NUESTRAS ACTIVIDADES COMO PARTE INFORMATIVA DEL TRABAJO REALIZADO EN EL H. AYUNTAMIENTO MUNICIPAL DE LA ACTUAL ADMINISTRACIÓN.

AUTORIZO

_____

NOMBRE Y FIRMA

AREA DE ATENCIÓN: CONSULTA MEDICO

FECHA	EDAD	NOMBRE	-5 AÑOS 6-11		12-17		18-59		60 Y MAS		1RA VEZ	SUB.	
			H	M	H	M	H	M	H	M			**DIAGNOSTICO**

HOJA DIARIA

FECHA	NOMBRE	EDAD	H	M	1RA VEZ	SUB	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO