



## **Unidad Básica de Rehabilitación “Alina Trevor”**

La Unidad Básica de Rehabilitación, tiene como objetivo brindar el Servicio y la Atención a Personas con capacidades diferentes para lograr una mejor calidad de vida.

La Unidad Básica, cuenta con seis Terapeutas Físicos, y una Terapeuta de Servicio Social, que atienden desde recién nacidos hasta personas de la Edad Adulta con una diversidad de Enfermedades.

### **Los Servicios que se brindan en nuestra Institución en las diferentes Áreas son:**

Mecano Terapia

Terapia de Lenguaje

Electroterapia

Programa de Casa

Termoterapia

Terapia Infantil

Hidroterapia

Psicología

Programa Estimulación Múltiple temprana

### **Se anexa formatos**

### **Requisitos**

El personal de U.B.R. se basa en el Diagnostico de un Médico Especializado para atender al paciente, lo que nos da las bases para decidir el Tratamiento a seguir.

### **Tiempo de Respuesta**

Es al momento que la persona acude a la Unidad con el Diagnostico a solicitar tratamiento de Terapia física, se toman sus datos personales se le hace su Estudio Socioeconómico y se forma su expediente, al momento se le da su horario, para pasarlo con su terapeuta en turno. El tiempo que el paciente durara en tratamiento dependerá del avance que vaya presentando.

### **Anexo**

### **Formatos correspondientes para expediente del paciente**







Fecha que Ingres a y el Terapeuta describe el Tratamiento que le pondrá al Paciente.

 <b>UNIDAD BASICA DE REHABILITACION DIF CABORCA</b>		NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE			
		<table border="1"> <tr> <td>EDAD</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AÑOS</td> <td></td> </tr> </table>		EDAD	
EDAD					
AÑOS					
<b>HOJA DE ALTA</b>		UNIDAD DE REHABILITACION			
		CABORCA, SON.			
		FECHA DE INGRESO			
<b>DIAGNOSTICO FINAL</b>					
<b>SECUELAS</b>					
<b>EXAMENES DE LABORATORIO</b>					
<b>ESTUDIO DE GABINETE</b>					
<b>MOTIVO DE ALTA</b>					
<b>SERVICIOS OTORGADOS</b>					
<b>ALTA PARA</b>		<b>FECHA DE ALTA</b>	<b>NOMBRE FIRMA Y NO. DE CREDENCIAL</b>		
		DIA MES AÑO			

Fecha cuando se da de alta al Paciente, los Servicios que se le dio y el motivo de su Alta.

ESTUDIO SOCIOECONOMICO

Area:	U.B.R.			Expediente:	
Servicio:	TERAPIA FISICA	INGRESO:		Hora Inicial:	Hora final:

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre	
Domicilio:				TELEFONO	
Colonia/Localidad/Municipio/Estado					
Parentesco con el Beneficiario					

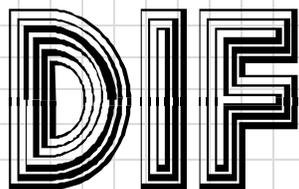
**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre	
CURP:				Sexo	
Fecha Nac.			Lugar loc. Mun. Edo.		
Escolaridad:	OCUPACION		Edo. Civil		
Grupo Etnico:				Ser. Médico:	
Domicilio:				TELEF.	
COLONIA					
Lugar donde Labora:				Teléfono	
Domicilio:				Colonia:	
Familiar Responsable:				tel:	
Domicilio.:				Colonia:	
Parentesco con el Beneficiario					
Ingresos Mensuales:				Total:	
				Servicios:	
Alimentación:					
Escolaridad:			Otros:		
Salud y Nutrición:			Discapacidad:		

Entrevisto:				Firma:	







CABORCA

NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE

EDAD

SEXO

AÑOS

AÑO 2016

DIAGNOSTICO DEL MEDICO

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

Control de Asistencia del Paciente.



UNIDAD BASICA DE REHABILITACION "ALINA TREVOL"  
 INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NOMBRE	HIDROTERRAPIA	ELECTROTERRAPIA	MECANOTERRAPIA	PROGRAMA CASA	ORIENTACION	ESTIMULACION TEM	TERMOTERRAPIA	TOTAL				TOTAL
								NIÑO	NIÑA	HOMBRE	MUJER	
BANIA NENNINGER								0				0
IRENE ARAIZA								0				0
MARIA LUZ ROMERO								0				0
JESUS MATIAS IBARRA								0				0
JOVELYN UNGER PAEZ								0				0
HELEODORO MORALES RAMIREZ								0				0
JULIO CESAR ROMERO								0				0
MARIA JULIA GALVEZ								0				0
TOTALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES LENGUAJE

NOMBRE	SESIONES	T. LENGUAJE	NIÑO	NIÑA	HOMBRE	MUJER	TOTAL

DORA MARIA LEMAS HUERTA  
 ENCARGADA

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES PSICOLOGIA

NOMBRE	SESIONES	ATENCION PSICO	NIÑO	NIÑA	HOMBRE	MUJER	TOTAL

T. F. HELEODORO MORALES RAMIREZ  
 ELABORO







**UNIDAD BASICA DE REHABILITACION CABORCA  
"ALINA TREVOR"**

MUNICIPIO: H. CABORCA, SONORA

FECHA

INFORME

RESPONSABLE: SRA .DORA MARIA LEMAS HUERTA

No. total de personas atendidas en el mes	
---	--

No. total de terapias otorgadas en el mes	
---	--

	Adultos	Niños
No. total de mujeres atendidas en el mes		
No. total de hombres atendidos en el mes		

\_\_\_\_\_  
T.F. HELEODORO MORALES RAMIREZ  
ELABORO

\_\_\_\_\_  
DORA MARÍA LEMAS HUERTA  
ENCARGADA UBR