



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 Ingresa y el Terapeuta describe el Tratamiento que le pondrá al Paciente.

 UNIDAD BASICA DE REHABILITACION DIF CABORCA		NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE 	
		EDAD AÑOS	
HOJA DE ALTA		UNIDAD DE REHABILITACION CABORCA, SON.	
		FECHA DE INGRESO 	
DIAGNOSTICO FINAL 			
SECUELAS 			
EXAMENES DE LABORATORIO 			
ESTUDIO DE GABINETE 			
MOTIVO DE ALTA 			
SERVICIOS OTORGADOS 			
ALTA PARA 	FECHA DE ALTA DIA MES AÑO	NOMBRE FIRMA Y NO. DE CREDENCIAL 	

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:	
Alimentación:				Servicios:	
Escolaridad:				Otros:	
Salud y Nutrición:			Discapacidad:		

Entrevisto:				Firma:	

Se toman datos del Paciente para su Estudio Socioeconómico.

ESTUDIO SOCIOECONOMICO

INTEGRACION FAMILIAR

Ben.	Nombre	Sex	Fec. Nacim.	Parentesco	Escolaridad	OCUPACION	Ingresos	Salud	Discapacidad	Gpo. Vulnerable	Ser. Médico	Edo. Civil
1												
2												

L

Area	Servicio	Status	Distribución	Construcción
Marginación	Recol. Basura	Propia	No. Habitaciones:	Lámina
Comun. Indíge	Alumbrado	Rentada		Cartón
Rural	Agua	Prestada		Madera
Suburbana	Luz	Invasión		Mixta
Urbana	Transporte	Compartida		Material
	Pavimentación			Adobe
	Drenaje			Triplay

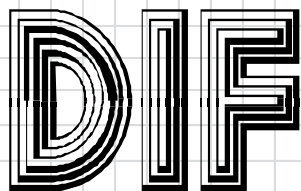
Mobiliario:

TERAPIAS F.	DIAS	HORA	TERAP.-

DATOS COMPLEMENTARIOS DE ESTUDIO SOCIOECONÒMICO

1.- PADECE USTED DE ALGUNA ENFERMEDAD CARDIACA?									
SI _____		NO _____							
2.- HA PADECIDO O PADECE DE ALGUN TUMOR O CANCER?									
SI _____		NO _____							
3.- HA SIDO O ESTA SOMETIDO ALGUN TRATAMIENTO BAJO RADIACIÓN?									
SI _____		NO _____							
4.- TIENE ALGUNA PLACA, PROTESIS , MARCAPASO, ETC.									
SI _____		NO _____		CUAL _____					
5.- ESTA EMBARAZADA?									
SI _____		NO _____							
6.- PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA DEGENERATIVA?									
SI _____		NO _____		CUAL _____					

Datos del Paciente si tiene alguna Enfermedad.



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

U.B.R. UNIDAD BASICA DE REHABILITACION ALINA TREVOR CABORCA
 RESPONSABLE DORA MARIA LEMAS HUERTA

PERSONAS		TERAPIA FISICA (SESIONES)					TOTAL
TIPO	CANTIDAD	HIDRO TERAPIA	ELECTRO TARAPIA	TERMO TERAPIA	MECANO PROGRAMA DE CASA	PEMT	TOTAL
1 RA VEZ							
SEBSECUENTE							

PERSONAS		TERAPIA LENGUAJE (SESIONES)					TOTAL
TIPO	CANTIDAD	EXAMEN DE LENGUAJE	PROBLEMAS DE RECEPCION	PROBLEMAS DE INTEGRACION	PROGRAMA DE EXPRESION DE CASA	OTROS	TOTAL
1 RA VEZ							
SEBSECUENTE							

MEDICO		NUMERO DE RECURSOS HUMANOS					TOTAL
ESPECIALISTA	MEDICO	PSICOLOGO	TRABAJO SOCIAL	TERAPISTA FISICO	A. TERAPISTA FISICO	OTROS	TOTAL

SERVICIO		PLATICAS										PRINCIPAL CAUSA DE ATENCION	DISCAPACITADOS									
TIPO	CANTIDAD	CONSULTA MEDICA (PERSONA)	PSICOLOGIA (PERSONA)	TRABAJO SOCIAL (PERSONA)	EVENTO	PERSONA	15	19	20	29	30	39	40	49	50	59	60	69	70	79	> 80	
1 RA VEZ																						
SUBSECUENTE																						
TOTAL																						

-1	1	4	5	9	10	14	15	19	20	29	30	39	40	49	50	59	60	69	70	79	> 80
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M

T.F. HELEODORO MORALES RAMIREZ
 ELABORO

DORA MARIA LEMAS HUERTA
 ENCARGADA UBR



**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