

Dirección de Eficiencia Administrativa y Gestión de Centros Integrales de Servicios  
Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 06 de julio de 2018  
OFICIO: SFA/SA/DGDAMR/DEAGCIS/0204/2018  
Asunto: Registro del Manual de Procedimientos

**SANTIAGO BENÍTEZ SALAZAR**  
**JEFE DE DAPARTAMENTO DE ENLACE DE PLANEACIÓN**  
**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE PUEBLA**

Calle 5 de Mayo 1606, Colonia Centro Histórico, Edificio San Juan de Dios, C.P. 72000 Puebla, Pue.



**P R E S E N T E**

Con fundamento en lo establecido por los artículos 35 fracción LXXXV de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, 65 fracción VII del Reglamento Interior de la Secretaría de Finanzas y Administración y conforme al “Acuerdo Delegatorio de atribuciones del Director General de Desarrollo Administrativo y Mejora Regulatoria al Titular de la Dirección de Eficiencia Administrativa y Gestión de Centros Integrales de Servicios” y en atención a su similar **E.P./059/2018**, se determinó registrar la actualización del **Manual de Procedimientos del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla**, con el siguiente número:

ENTIDAD	REGISTRO NÚMERO
SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE PUEBLA	GEP1719/08/0002C/05/18MP0718

No omito hacer mención que el Manual ha sido revisado con forme a lo establecido en la Guía para la Elaboración del Manual de Procedimientos en su momento vigente y que el contenido de la información es responsabilidad de los Titulares de cada Unidad Administrativa de acuerdo a sus atribuciones, funciones y competencia.

Asimismo, se sugiere la publicación de sus manuales en la página [www.transparencia.puebla.gob.mx](http://www.transparencia.puebla.gob.mx), lo anterior a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes en la materia.



CONTINÚA A LA VUELTA

Finalmente, se recomienda que los manuales sean revisados y actualizados por lo menos una vez al año y en caso de ser modificados en alguna de sus partes sean remitidos a la Dirección de Eficiencia Administrativa y Gestión de Centros Integrales de Servicios, haciendo referencia al número de registro asignado, a efecto de proceder a las actualizaciones correspondientes.

Sin otro particular.

**ATENTAMENTE**  
**“SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN”**



**ANDREA TARNO FERNÁNDEZ**  
**DIRECTORA DE EFICIENCIA ADMINISTRATIVA Y GESTIÓN DE CENTROS**  
**INTEGRALES DE SERVICIOS**

C.c.p. Emanuel Durán Meneses. Director General del Sistema DIF Estatal.- Para su conocimiento. Presente.  
Calle 5 de Mayo 1606, Colonia Centro Histórico, Edificio San Juan de Dios, C.P. 72000, Puebla, Pue.  
Rafael Pérez Xilótl. Director Administrativo del Sistema DIF Estatal.- Para su conocimiento. Presente.  
Calle 5 de Mayo 1606, Colonia Centro Histórico, Edificio San Juan de Dios, C.P. 72000, Puebla, Pue.  
Isidora Rubi Joven. Titular del Órgano Interno de Control de la SC en el Sistema DIF Estatal.- Para su conocimiento. Presente.  
Calle 5 de Mayo 1606, Colonia Centro Histórico, Edificio San Juan de Dios, C.P. 72000, Puebla, Pue.  
Archivo.



# Manual de Procedimientos



**PUEBLA**  
*Sigue*  
GOBIERNO DE PROGRESO



**Junio 2018**

**Dirección de Atención a  
Personas con Discapacidad**

## Hoja de Identificación

CLAVE SDIF/DG/DAPD/MP/0001

Elabora:	Valida:	Autoriza:
 Lizbeth Gómez Calderón LGC (DAPDSDIF) Junio 2018	 Santiago Benítez Salazar SBS (DEPSDIF) Junio 2018	 Emmanuel Durán Meneses EDM (DGSDIF) Junio 2018

Con fundamento en los artículos 50, 54, 59 y 60 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, última reforma 23/02/2017; el Artículo 6 fracciones VI, VII, Artículo 7 fracción IV del Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado, se AUTORIZA la expedición del presente **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS** del Organismo Público, Junio de 2018.

## Índice

---

Introducción.....	4
Antecedentes .....	5
Objetivo del manual .....	6
Responsabilidades.....	7
Marco jurídico.....	8
Relación de procedimientos.....	14
Procedimientos del Departamento de Inclusión Social.....	15
Procedimientos del Departamento de Diagnóstico y Rehabilitación.....	56
Glosario de términos.....	141



## Introducción

El presente documento tiene la finalidad de puntualizar las actividades generales de cada una de las Unidades Administrativas que integran la Dirección exponiendo, a través de diagramas de flujo, la secuencia de procesos de forma esquematizada y aquellos puestos que están involucrados, garantizando así el óptimo desarrollo y ejecución de estas actividades. De la misma forma, cuenta con el fundamento legal correspondiente, mismo que sustenta cada una de las actividades para atender de manera oportuna y eficaz a las personas con discapacidad, en situación de vulnerabilidad y en extrema pobreza, siguiendo los lineamientos de la legislación vigente en materia de atención a este grupo de personas, conforme a los objetivos y misión del Sistema Estatal DIF.

Por lo anterior, se pretende que el mismo, tenga una utilidad que permita conocer el funcionamiento interno de la Dirección, describiendo en forma detallada las actividades de cada proceso, área o Unidad Administrativa que las ejecuta, requerimientos y puestos responsables de las mismas auxiliando en la inducción del puesto y facilitando la capacitación del personal.

El Manual se usará como una herramienta que facilite el proceso de inducción y capacitación del personal de nuevo ingreso e incentive la polifuncionalidad al interior de cada área.

El valor de este Manual, como herramienta de trabajo, radica en la información contenida en él, por lo tanto, el mantenerlo actualizado permite que cumpla con su objetivo, atendiendo dicha actualización a:

- La Estructura Orgánica registrada ante la Secretaría de Finanzas del Estado de Puebla;
- El Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla y

Asimismo, y con la intención de fomentar un entorno de respeto e igualdad entre el personal de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad del Sistema Estatal DIF, que considere los principios básicos de igualdad y equidad, que deben existir entre hombres y mujeres para su óptimo desarrollo personal y profesional, toda referencia, incluyendo los cargos y puestos en este Manual, al género masculino lo es también para el género femenino, cuando de su texto y contexto no se establezca que es para uno u otro género.



## Antecedentes

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla , es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, con las atribuciones que le confieren la Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social y las demás leyes, reglamentos, decretos, acuerdos y convenios vigentes, fue instituido el 18 de Febrero de 1977, como Organismo rector en el Estado en materia de asistencia social, cuya finalidad es la promoción de la asistencia social, conduce sus actividades en forma programada, con base en las políticas, prioridades y restricciones que para el logro de sus objetivos establece el Gobierno del Estado, de conformidad con los Planes Nacional y Estatal de Desarrollo, así como las implementadas por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y la Junta Directiva del propio Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia.

La creación de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla, fue aprobada por la Junta Directiva en febrero de 2017 con el propósito de atender a las personas con discapacidad, impulsar y fomentar el respeto a sus derechos para ejercerlos en igualdad de oportunidades, a través de programas que fomenten su rehabilitación e inclusión social de manera integral en los 217 Municipios de Puebla.



## Objetivo del manual

Establecer los procedimientos de los programas de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad, con la finalidad de brindar apoyos a la población en desamparo, en extrema pobreza o en situación de vulnerabilidad que presenta alguna discapacidad, así como apoyos en materia de asistencia social, para solventar o aminorar sus necesidades de salud y/o rehabilitatorias más inmediatas, con esto facilitar su inclusión social, tanto en el aspecto laboral, escolar, cultural, como en el deportivo, donde a su vez se promueva una cultura de respeto y oportunidades mediante la concientización de todos los actores que conforman la sociedad en los 217 municipios del Estado de Puebla.



## Responsabilidades

Con fundamento en el Artículo 6 fracciones VI, VII, Artículo 7 fracciones IV, XIII, XXV, XXVI, Artículo 8 fracción XI, Artículo 14 fracción XIII del Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla, para la elaboración, revisión, modificación y actualización del presente **Manual de Procedimientos** se establecen las siguientes responsabilidades:

### De la Junta Directiva:

- Autorizarlo para la aplicación y funcionamiento de SEDIF.
- Acordar su remisión a la Secretaría de la Contraloría para su análisis y validación.

### De la Dirección General:

- Asignar a las unidades administrativas de la Coordinación las atribuciones necesarias.
- Dirigir y supervisar la participación de las diferentes direcciones de SEDIF.
- Aprobarlo para la aplicación y funcionamiento de SEDIF.
- Presentarlo ante la Junta Directiva.

### De los Directores:

- Delegar a los servidores públicos a su cargo las funciones necesarias para su desarrollo y cumplimiento.

### De la Dirección Administrativa:

- Coadyuvar con el resto de las unidades administrativas en su elaboración para el adecuado funcionamiento de SEDIF.



## Marco jurídico

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, D.O.F. 5/II/1917, (última reforma publicada D.O.F. 15/IX/2017). Vigente.
2. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, P.O. 2/X/1917, (última reforma publicada P.O.E. 27/I/2017). Vigente.
3. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, POE 11/II/2011, (última reforma publicada P.O.E. 23/II/2017). Vigente.
4. Ley Orgánica Municipal, P.O. E. 23/III/2001, (última reforma publicada el 30/XII/2016). Vigente.
5. Ley General de Salud, D.O.F. 7/II/1984, (última reforma publicada D.O.F. 22/VI/2017). Vigente.
6. Ley Estatal de Salud, POE 15/11/1994 (última reforma publicada P.O.E. 12/VIII/2016). Vigente
7. Ley de Asistencia Social, D.O.F. 2/IX/2004, (última reforma publicada D.O.F.19/XII/2014). Vigente.
8. Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, P.O.E. 5/VIII/1986, (última reforma publicada P.O.E. 13/IX/2013). Vigente.
9. Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, (última reforma publicada D.O.F. 04/V/2016). Vigente.
10. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla, (última reforma publicada P.O.E. 04/V/2016). Vigente.
11. Ley de Planeación para el Desarrollo del Estado de Puebla, P.O. 31/XII/1983, (última reforma publicada P.O.E. 22/IV/2005). Vigente.
12. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, P.O. 29/VI/1984, (última reforma publicad P.O.E. 31/XII/2015). Vigente.
13. Ley de Entidades Paraestatales, P.O.E. 19/XII/2003, (última reforma P.O.E. 19/X/2015). Vigente.
14. Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla, P.O.E. 25/VII/2017. Vigente.
15. Ley de Archivos del Estado de Puebla, P.O.E. 13/IX/2013, (última reforma P.O.E. 19/X/2015). Vigente.
16. Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, (última reforma publicada D.O.F. 04/XII/2014). Vigente.
17. Ley de los Derecho de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Puebla, publicado el 03 de junio de 2015; (última reforma P.O.E. 30/XII/2016). Vigente.
18. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, D.O.F. 25/VI/2002, (última reforma 27/XII/2016). Vigente.
19. Ley de Protección a los Adultos Mayores, (última publicación P.O.E. 3/III/2015), Vigente.
20. Ley para las Personas con Discapacidad del Estado de Puebla, P.O.E. 12/I/2009, (última reforma publicad P.O.E. 01/VIII/2016). Vigente.



21. Ley de Integración Social de Personas con Discapacidad del Estado de Puebla, (última publicación P.O.E. 23/I/2013). Vigente.
22. Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (D.O.F. 17/XII/2015). Vigente.
23. Ley Nacional del Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes. (D.O.F. 16/VI/2016). Vigente.
24. Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, D.O.F. 30/III/2006, (última reforma publicada: D.O.F. 30/XII/2015). Vigente.
25. Ley General de Contabilidad Gubernamental, D.O.F. 31/XII/2008, (última reforma publicada: D.O.F. 18/VII/2016). Vigente.
26. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, D.O.F. 04/I/2000, (última reforma publicada: D.O.F. 10/XI/2014). Vigente.
27. Ley de Coordinación Fiscal, D.O.F. 27/XII/1978, última reforma publicada: D.O.F. 18/VII/2016. VIGENTE
28. Ley del Impuesto al Valor Agregado, D.O.F. 29/XII/1978, (última reforma publicada: D.O.F. 30/XI/2016). Vigente.
29. Ley del Impuesto sobre la Renta, (última reforma publicada D.O.F. 30/XI/2016). Vigente.
30. Ley Federal del Trabajo, D.O.F. 01/IV/1970, (última reforma publicada: D.O.F. 12/VI/2015). Vigente.
31. Ley de Hacienda del Estado de Puebla, P.O.E. 29/XII/1987, (última reforma publicada: P.O.E. 16/I/2017). Vigente.
32. Ley de Fiscalización Superior y Rendición de Cuentas para el Estado de Puebla, (última reforma publicada P.O.E. 11/II/2015). Vigente.
33. Ley de Presupuesto y Gasto Público, P.O.E. 23/VIII/1994, (última reforma publicada P.O.E. 17/I/2017). Vigente.
34. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal, P.O.E. 9/II/2001, (última reforma publicada: P.O.E. 02/VIII/2013). Vigente.
35. Ley de Obra Pública y Servicios relacionados con la Misma para el Estado de Puebla, P.O.E. 26/III/2003, (última reforma publicada: P.O.E. 16/III/2005, Fe de erratas: 8/IV/2005, P.O.E. 18/XII/2013). Vigente.
36. Ley de Ingresos del Estado de Puebla, para el Ejercicio 2017, (P.O.E. 20/XII/16). Vigente.
37. Ley de Egresos del Estado de Puebla, para el Ejercicio 2017, (P.O.E. 20/XII/16). Vigente.
38. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla, P.O.E. 19/XII/2003, (última reforma publicada: P.O.E. 18/XI/2014). Vigente.
39. Ley General de Protección Civil, (última reforma D.O.F. 07/IV/2017). Vigente.
40. Ley del Sistema Estatal de Protección Civil. P.O.E. 20/03/2013. (Última reforma P.O.E. 19/X/2015). Vigente.



41. Ley del Instituto Nacional de las Mujeres, Publicada en el D.O.F. el 12/II/2001; (Última reforma publicada el D.O.F. 04/VI/2015). Vigente.
42. Ley de Prevención, Atención y Sanción de la Violencia Familiar para el Estado de Puebla. Publicado P.O.E. el 6/IV/2001. Vigente.
43. Ley para el Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del Estado de Puebla. Publicación P.O.E. 26/XI/2007. (Última reforma publicada P.O.E. 20/IX/2016). Vigente.
44. Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados publicada en el D.O.F. 26/II/2017. Vigente.
45. Ley de Amparo, Reglamentaria de los Artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos DOF 02/04/2013, última Reforma publicada en DOF 17/06/2016
46. Código Civil Federal DOF 26/05/1928, última Reforma publicada en DOF 24/12/2013.
47. Código Federal de Procedimientos Civiles DOF 24/02/1943, última Reforma publicada en DOF 9/04/2012.
48. Código de Comercio DOF 7/10/1889, última Reforma publicada en DOF 25/01/2017.
49. Código de Procedimientos en Materia de Defensa Social para el Estado Libre y Soberano de Puebla, POE 23/12/1986; última reforma publicada en POE 17/03/2016.
50. Código de Procedimientos en Materia de Defensa Social, P.O.E. 23/XII/1986. (Última reforma P.O.E. 17/III/2016). Vigente.
51. Código Nacional de Procedimientos Penales, D.O.F. 5/III/2014. (Última reforma D.O.F. 17/VI/2016). Vigente.
52. Código de Procedimientos Civiles para el Estado Libre y Soberano de Puebla, P.O.E 09/VIII/2004. (Última reforma P.O.E. 20/IX/2016). Vigente.
53. Código Civil para el Estado Libre y Soberano de Puebla, P.O.E. 30/IV/1985. (Última reforma P.O.E. 30/XII/2016). Vigente.
54. Código Penal del Estado Libre y Soberano de Puebla, P.O.E. 23/XII/1986. (Última reforma P.O.E. 31/III/2017). Vigente.
55. Código Fiscal de la Federación, 31/XII/1981, (última reforma publicada: D.O.F. 30/XI/2016). Vigente.
56. Código Fiscal del Estado de Puebla, P.O.E. 29/XII/1987, (última reforma pública: P.O.E. 16/II/2017). Vigente.
57. Código de Justicia para Adolescentes del Estado Libre y Soberano de Puebla. Publicado P.O.E. el 11/IX/2006. (Última reforma publicada P.O.E. el 17/VI/2011). Vigente.
58. Reglamento Interior del Sistema DIF Estatal, (última reforma publicada P.O.E. 06/III/2017). Vigente.
59. Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública de la Administración Pública del Estado de Puebla, (P.O.E 31/XII/2012). Sin reforma desde su publicación. Vigente.
60. Reglamento de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. D.O.F. 02/XII/2015. Vigente.



61. Reglamento de la Ley de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Puebla. P.O.E. 13/III/2017. Sin reforma desde su publicación. Vigente.
62. Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, D.O.F. 28/VI/2006, (última reforma publicada: D.O.F. 30/III/2016). Vigente.
63. Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, (D.O.F. 28/VII/2014). Vigente.
64. Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios relacionados con las Mismas, (D.O.F. 28/VII/2010). Vigente.
65. Reglamento del Código Fiscal de la Federación, (D.O.F. 02/IV/2014). Vigente.
66. Reglamento de la Ley del Impuesto sobre la Renta, D.O.F. 08/X/2015, (última reforma publicada: D.O.F. 06/V/2016). Vigente.
67. Reglamento de la Ley del Impuesto al Valor Agregado, (D.O.F. 25/IX/2014). Vigente.
68. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios, D.O.F. 18/II/1988; (última reforma publicada D.O.F. 28/XII/2004). Vigente.
69. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (D.O. F. 11/VI/2009). Vigente.
70. Reglamento de la Ley de los Derechos de los Niñas y los Niños Adolescentes del Estado de Puebla; (P.O.E. 30/XII/2016). Vigente.
71. Reglamento de la Ley de Integración Social de Personas con Discapacidad del Estado de Puebla. Publicado P.O.E. el 31/II/1997. Vigente.
72. Reglamento de la Ley de Archivos del Estado de Puebla publicadas en el D.O.F. 28/V/2015. Vigente.
73. Decreto del Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales.
74. Decreto promulgatorio de la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.
75. Decreto promulgatorio publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de marzo de 2001. Vigente
76. Convención sobre los Derechos del Niño, Adoptada en: Nueva York, EUA, 20 de noviembre de 1989, Ratificación por México: 21 de septiembre de 1990, Decreto Promulgado D.O.F. 25 de enero de 1991.
77. Convención sobre la Protección de Menores y la Cooperación en Materia de Adopción Internacional. Firmada el 29 de mayo de 1993 y publicada en D.O.F. 24 de octubre de 1994
78. Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, Niña adoptada en la Ciudad de Nueva York, N.Y., D.O.F. 25/II/1991.
79. Lineamientos emitidos por el Sistema Nacional DIF. Vigente.
80. Lineamientos de la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria (EIASA), Vigente.
81. Lineamientos en materia de Adopción del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. 30 de mayo de 2016. Vigente.



82. Clasificador por objeto de Gasto para la Administración Pública Estatal, y Adecuaciones al mismo, Secretaría de Finanzas y Administración (SFA) (01/VII/2015). Vigente.
83. Plan Estatal de Desarrollo 2017-2018. (P.O.E. 27/VII/2017).
84. Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2017, (D.O.F. 30/XI/2016). Vigente.
85. Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2012 para la Igualdad Laboral entre Mujeres y Hombres. (D.O.F. 19/X/2015). Vigente.
86. Norma Oficial Mexicana, NOM-032-SSA3-2010, Asistencia Social, Prestación de Servicios de Asistencia Social para Niñas, Niños y Adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. (D.O.F. 25/II/2011).
87. NOM 167-SSA1-1997. Para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores, (D.O.F. 17/XI/1999). Vigente.
88. NOM 087-ECOL-SSA1-2002. Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo, (D.O.F. 17/II/2003). Vigente.
89. NOM 013-SSA2-2006. Para la prevención y control de enfermedades bucales, (D.O.F. 02/II/2006). Vigente.
90. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA3-2013 "Para La Asistencia Social Alimentaria a Grupos de Riesgo". Entrada en Vigor. 10/II/2015, Vigente.
91. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios Básicos de salud. Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para Brindar Orientación. Entrada en Vigor 23/II/2013, Vigente.
92. Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional para la Infancia y la Adolescencia. Publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 25 de julio de 2001. Vigente
93. Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad. Publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 13 de febrero de 2001. Vigente
94. Convenio Interamericano sobre Conflictos de Leyes en Materia de Adopción de Menores. Aprobada 27 de diciembre de 1986, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de agosto de 1987. Vigente.
95. ACUERDO mediante el cual se modifican los Lineamientos Técnicos Generales para la publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el título quinto y en la fracción IV del artículo 31 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, que deben de difundir los sujetos obligados en los portales de Internet y en la Plataforma Nacional de Transparencia; así como los criterios y formatos contenidos en los anexos de los propios lineamientos, derivados de la verificación diagnóstica realizada por los organismos garantes de la Federación y de las entidades federativas; asimismo se modifiquen las Directrices del Pleno del Consejo Nacional del Sistema Nacional de transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales en materia de Verificación Diagnóstica de las obligaciones de transparencia y atención



- a la denuncia por incumplimiento a las obligaciones de transparencia, publicado en el D.O.F. el 28/XII/2017.
96. ACUERDO del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos generales en materia de clasificación y desclasificación, así como para la elaboración de versiones públicas, publicado en el D.O.F. 15/IV/2016. Vigente.
  97. ACUERDOS por los que se modifican los artículos sexagésimo segundo, sexagésimo tercero y Quinto transitorio de los Lineamientos Generales en materia de Clasificación y Desclasificación de la Información, así como para la elaboración de Versiones Públicas; publicado en el D.O.F. 29/VII/2016. Vigente.
  98. ACUERDO del Consejo nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por lo que se aprueban los Lineamientos para la Organización y Conservación de los Archivos, publicado en el D.O.F. 04/V/2016. Vigente.
  99. Manual de Normas y Lineamientos para el Ejercicio del Presupuesto 2011, Secretaría de Finanzas (SF), (última modificación 26/IV/2015). Vigente.
  100. Manual de Operación del Sistema Integral de Información de Padrones Gubernamentales.



## Relación de procedimientos

<b>Dirección de Atención a Personas con Discapacidad / Departamento de Inclusión Social (DAPDDIS)</b>		
4A1	Apoyo Médico- Hospitalarios	DAPDDIS-01
4A2	Donación de aparatos rehabilitatorios y ayudas funcionales	DAPDDIS-02
4A3	Tramite de Credencial Nacional para Personas con Discapacidad (CRENAPRED)	DAPDDIS-03
4A4	Jornadas de Credencialización para Personas con Discapacidad (CRENAPRED)	DAPDDIS-04
4A5	Inclusión social de las personas con discapacidad	DAPDDIS-05

<b>Dirección de Atención a Personas con Discapacidad / Departamento de Diagnóstico y Rehabilitación (DAPDDDR)</b>		
4B1	Centro de Rehabilitación Integral Infantil (CRII) de la DAPD	DAPDDDR-01
4B2	Centro de Tecnología Adaptada (CTA) de la DAPD	DAPDDDR-02
4B3	Equinoterapia para los albergados (as) de las casas de asistencia del SEDIF	DAPDDDR-03
4B4	Equipamiento y Reequipamiento de Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR) y Centros de Rehabilitación Integral (CRI)	DAPDDDR-04
4B5	Sistema de transporte adaptado para personas con discapacidad	DAPDDDR-05
4B6	Sistema de transporte adaptado para personas con discapacidad para vehículos en comodato para SMDIF	DAPDDDR-06

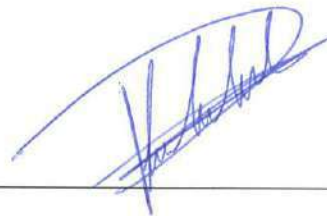
  
  




---

## Procedimientos del Departamento de Inclusión Social

---



---

**C. Liliana Pérez Ronquillo**  
Jefe del Departamento de Inclusión Social


## Procedimiento DAPDDIS-01

### Apoyos Médico-Hospitalarios

Tiempo Promedio: 30 minutos

Elabora:	Valida:	Autoriza:
 <b>Liliana Pérez Ronquillo</b> LPR(DIS) Junio 2018	 <b>Liliana Pérez Ronquillo</b> LPR (DIS) Junio 2018	 <b>Lizbeth Gómez Calderón</b> LGC (DAPD) Junio 2018

**Objetivo**

Brindar Apoyos Médico-Hospitalarios en materia de asistencia social a la población demandante del Estado de Puebla en pobreza y/o pobreza extrema, que carezca de algún tipo de seguridad social, exceptuando el Seguro Popular, para solventar o aminorar sus necesidades de salud más inmediatas.

**Normas y Políticas de Operación**

Reglamento Interior de la Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla / NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.

**Responsables**

Departamento de Inclusión Social.

**Áreas Involucradas**

Presidencia y/o Dirección General, Dirección de Atención a Personas con Discapacidad, Departamento de Enlace, Gestión y Apoyo en Contingencias.

**Recursos**




## Normas y Políticas de Operación DAPDDIS-01

1. El programa de Apoyos Médico Hospitalarios proporcionará asistencia social a la población demandante en condiciones de vulnerabilidad, carente de recursos económicos y de régimen de seguridad social, en coordinación con:

- Hospitales Generales del Sector Salud del Estado de Puebla
- Instituciones Públicas y privadas en caso de campañas de prevención que donen apoyos al SEDIF.
- Proveedores varios para la compra de prótesis y/o material quirúrgico, estudios de laboratorio y/o gabinete, otros apoyos, tales como, prendas de compresión, equipo médico.

**Nota:** El hospital donde se realice la cirugía, determina al distribuidor; pues tienen que estar presente en la intervención quirúrgica.

2. El entorno social y/o grupo de Atención del Programa es la población urbana o rural en pobreza y/o pobreza extrema que sean del Estado de Puebla
3. El apoyo es otorgado con base a la disponibilidad del presupuesto, así como también de acuerdo a la política de corresponsabilidad.
4. El programa beneficiará a los solicitantes pertenecientes a los 217 Municipios Estado de Puebla en condiciones de vulnerabilidad y que no cuenten con algún régimen de seguridad social exceptuando el Seguro Popular o, sean carentes de recursos económicos.
5. Los solicitantes del apoyo económico – médico hospitalario deben:
  - Vivir en el estado de Puebla.
  - Tener adeudo por gastos de hospitalización, en alguna institución médica del Sector Salud del Estado de Puebla, o en su caso, requerir de prótesis quirúrgica, medicamento y pago de estudios de laboratorio y gabinete, entre otros.
6. El solicitante deberá acudir al Sistema Estatal DIF, con oficio de solicitud de apoyo acompañado de documentación correspondiente al tipo de apoyo que requiera (copias) y entregarlo en la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad.
7. El oficio de petición deberá dirigirse a la Presidenta del Patronato y/o Director (a) **General del SEDIF.**




8. El apoyo otorgado será una vez al año por persona, coadyuvando a la reintegración al seno familiar.
9. No proceden los apoyos en los casos de hospitales privados.
10. Se conformará expediente a todas aquellas solicitudes remitidas a la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad previamente por Presidencia y/o Dirección General del SEDIF.
11. Se Integrará expediente, con la siguiente documentación:
  - a) Oficio o carta de Petición de Apoyo dirigido a la Presidenta del Patronato del SEDIF y/o al Director (a) General.
  - b) Identificación oficial (copias) del Paciente y Familiar responsable, en caso de ser:
    - 1) Menor de edad: acta de nacimiento y/o CURP (copia)
    - 2) R/N: constancia de alumbramiento (copia)

Si carLPRn de alguna de las anteriores se solicitará constancia de identidad o residencia, la cual es expedida por la autoridad de su comunidad
  - c) Comprobante Domiciliario (copia)
  - d) Estudio Socioeconómico (Realizado en la Oficina de Donaciones).
  - e) Firmar Formulario de consentimiento expreso del titular para el tratamiento de datos personales sensibles
12. Para la solicitud de Apoyo económico médico-hospitalario deberá anexar la siguiente documentación:
  - a) Resumen Médico Original (Hoja de egreso del paciente expedida por la Unidad Hospitalaria)
  - b) Estado Financiero Original, para verificar el adeudo.
13. Para la solicitud de medicamento deberá anexar la siguiente documentación:
  - a) Receta original y reciente exclusivamente del sector salud.
14. Para la solicitud de prótesis quirúrgica deberá presentar la siguiente documentación.



- a) Orden médica original y reciente
  - b) Cotización reciente.
15. Para la solicitud de estudios de laboratorio y gabinete deberá presentar la siguiente documentación:
- a) Orden medica original y reciente.
  - b) Cotización reciente
16. Todo expediente conformado y previamente autorizado por la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad, deberá tener asignado un número de R.U.D. (Registro Único de Donación), para control y seguimiento del mismo.
17. El Departamento de Inclusión Social, será responsable de efectuar el pago de apoyos a la Institución correspondiente y de realizar la comprobación del gasto, así como también llevar el control y seguimiento de los expedientes conformados de la entrega del donativo, realizará informes mensuales.
18. Con la Dirección Administrativa y especialmente con el Departamento de Recursos Financieros se efectúan los trámites para el pago de los servicios, como es la expedición de cheques hasta la comprobación del mismo, de igual forma con el área de Adquisiciones cuando las solicitudes sean de medicamento o material médico.

**Nota:** En caso de las Campañas de Prevención o Donaciones a través de Instituciones públicas o privadas, se requerirá al beneficiario para la conformación de su expediente los siguientes documentos:

- Identificación Oficial
- Formulario de Consentimiento Expreso del Titular para el Tratamiento de Datos Personales Sensibles (formato llenado en el Departamento de Inclusión Social)

Todo lo anterior se realiza con apego a la Ley de Asistencia Social que rige los donativos otorgados por el Sistema DIF Estatal, considerando que los casos extraordinarios son valorados y autorizados por las Instancias superiores correspondientes al DIF Estatal.



## Descripción del Procedimiento DAPDDIS-01

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento		
Solicitante	1. Acude a la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad del SEDIF y solicita apoyo.	
Trabajadora Social	2. Orienta para realizar trámite de solicitud de apoyo.	
Solicitante	3. Entrega su oficio o carta de petición para la Presidenta del Patronato y/o Dirección General y copia de sus documentos según el apoyo que requiere al Auxiliar Administrativo. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Apoyo Médico Hospitalario.</b></li> <li>• <b>Medicamento.</b></li> <li>• <b>Estudios de Laboratorio y/o Gabinete.</b></li> <li>• <b>Prótesis Quirúrgica.</b></li> </ul>	Expediente
Auxiliar Administrativo	4. Recibe y turna petición a la Trabajadora Social.	Expediente
Trabajadora Social	5. Conformo expediente y lo entrega al Jefe/a de Departamento de Inclusión Social	Expediente
Jefe/a del departamento de Inclusión social	6. Presenta expediente para autorización ante Director/a de Atención a Personas con Discapacidad para la autorización.	Expediente
Director/a de Atención a Personas con Discapacidad	7. Envía a Presidencia y/o Dirección General para autorización	Expediente

*[Handwritten signature]*

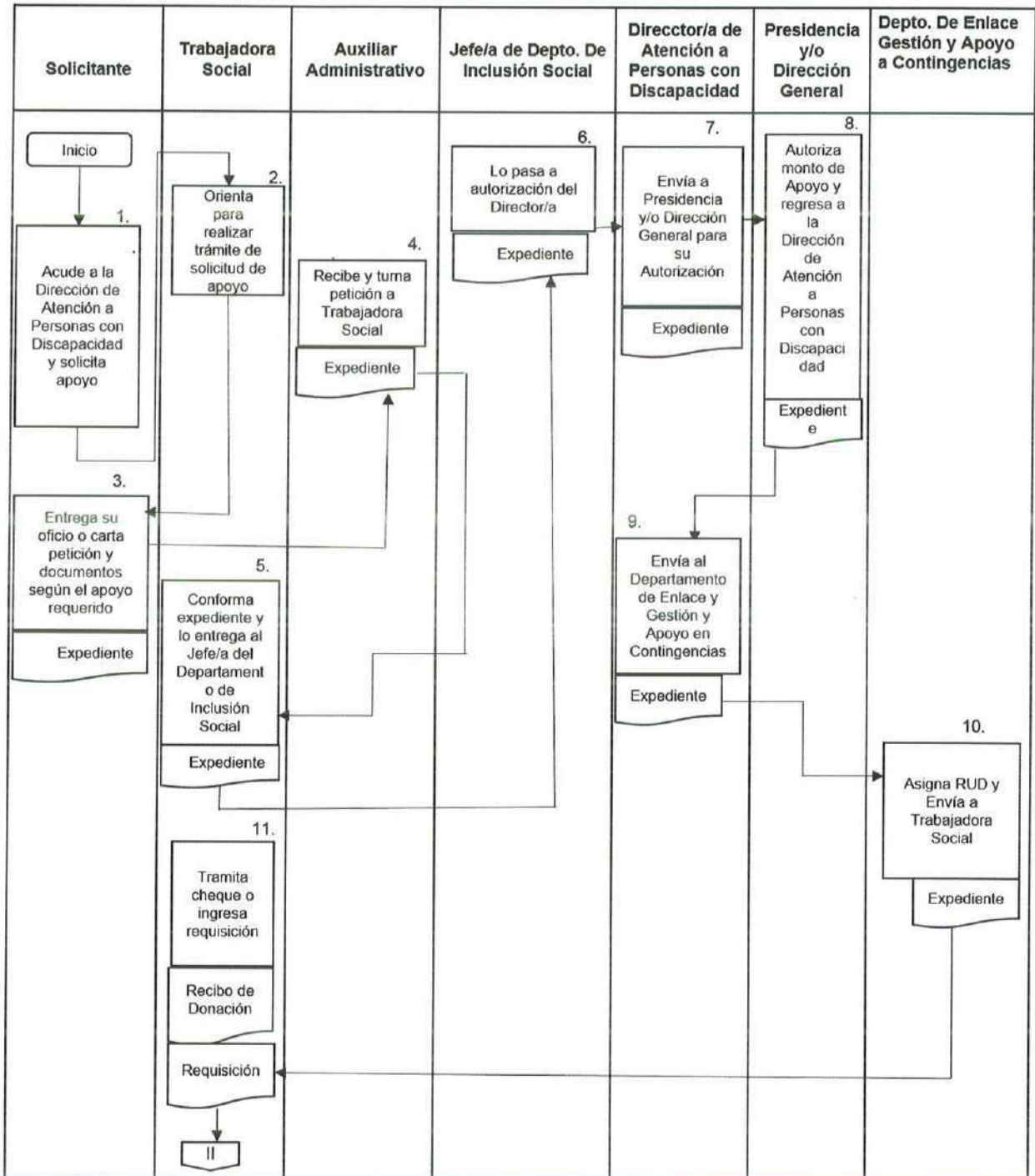


Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Continua Procedimiento</b>		
Presidencia y/o Dirección General	8. Autoriza monto de apoyo y regresa a la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad	Expediente
Director/a de Atención a Personas con Discapacidad	9. Envía al Departamento de Enlace, Gestión y Apoyo en contingencias para que asigne RUD	Expediente
Departamento de Enlace, Gestión y apoyo en contingencias	10. Asigna RUD y envía a Trabajo Social del Departamento de Inclusión Social	Expediente
Trabajadora Social	11. Tramita el cheque o ingresa la requisición	Recibo de donación o Requisición
	12. Recibe cheque para realizar el pago a Proveedores o en su caso, recibe medicamento o material médico.	Cheque
	13. Establece comunicación con el solicitante para acudir con testigos a recibir el apoyo	
Solicitante	14. Acude a la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad acompañado por sus testigos y recibe el apoyo y firma recibo.	Recibo de Donación
Trabajadora Social	15. Archiva expediente	Expediente
<b>Fin del procedimiento</b>		





## Diagrama de Flujo DAPDDIS-01



*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*




Solicitante	Asistente "B"	Secretario "A"	Jefe/a de Depto. De Inclusión Social	Director/a de Atención a Personas con Discapacidad	Depto. De Enlace Gestión y Apoyo a Contingencias
	<pre> graph TD     II[II] --&gt; 12[12. Según sea el caso recibe cheque y paga a proveedores o, recibe Medicamento o material médico]     12 --&gt; 13[13. Se comunica con el solicitante para acudir con testigos a recibir e apoyo]     13 --&gt; 14[14. Acude a la Dirección acompañado por sus testigos y recibe apoyo y firma recibo]     14 --&gt; 15[15. Archiva expediente]     15 --&gt; Fin[Fin]             </pre>				

*[Handwritten signature]*



## Anexos DAPDDIS-01

### ANEXO I. FORMATO ESTUDIO SOCIOECONÓMICO



**Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla**

SECRETARÍA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD | DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

**1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Fecha: \_\_\_\_\_ R.U.D.: \_\_\_\_\_ Tipo de apoyo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero ( ) Casado ( ) Unión libre ( ) Viudo ( )

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: ( F ) ( M ) Teléfono: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Domicilio actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2.- ESTRUCTURA FAMILIAR**

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	INGRESOS
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$

**INGRESO MENSUAL**

Padre: \$ \_\_\_\_\_

Madre: \$ \_\_\_\_\_

Hijos: \$ \_\_\_\_\_

Otros: \$ \_\_\_\_\_

**TOTAL:** \$ \_\_\_\_\_

**EGRESO MENSUAL**

Alimentación: \$ \_\_\_\_\_

Renta: \$ \_\_\_\_\_

Combustible: \$ \_\_\_\_\_

Agua: \$ \_\_\_\_\_

Luz: \$ \_\_\_\_\_

Transporte: \$ \_\_\_\_\_

Otros: \$ \_\_\_\_\_

**TOTAL:** \$ \_\_\_\_\_

**3.- TIPO DE ALIMENTACIÓN**

En que se basa su alimentación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuántas veces al día consume sus Alimentos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4.- TIPO DE VIVIENDA**

Propia ( ) Rentada ( ) Prestada ( ) Casa ( ) Departamento ( ) Cuarto ( )

Paredes: Ladrillo ( ) Adobe ( ) Lamina ( ) Otros ( )

Techo: Colado ( ) Lamina ( ) Teja ( ) Vigas ( ) Otros ( )

Piso: Loxeta ( ) Cemento ( ) Ladrillo ( ) Tierra ( ) Otros ( )

Servicios Públicos con los que cuenta:

Agua Potable ( ) Drenaje ( ) Luz ( ) Pavimento ( )

**5.- MOBILIARIO**

No. Camas ( ) No. Sofas ( ) No. Estufa ( ) No. Refrigerador ( )

No. Lavadora ( ) No. Licuadora ( ) No. Televisor ( ) No. Radio ( )

P.C.D.-21

8

B

P

j



ESTUDIO SOCIO ECONÓMICO		
<b>DX. SOCIAL:</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
<b>PLAN SOCIAL Y TRATAMIENTO:</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
<b>OBSERVACIONES:</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
<p>La información que estoy proporcionando es verídica, sin tener inconveniente que sea corroborada en cualquier momento.</p>		
<hr style="width: 100%;"/> <b>Nombre</b>	<hr style="width: 100%;"/> <b>Firma</b>	<hr style="width: 100%;"/> <b>Parentesco</b>
<hr style="width: 100%;"/> <b>Firma Trabajo Social</b>		
<small>PC.D-181</small>		




## ANEXO II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TITULAR PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TITULAR PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES

Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para los que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

Usted podrá ejercer en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, a través de la Unidad Administrativa de Acceso a la Información del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla, con dirección en calle 5 de Mayo número 1606, Centro Histórico, Edificio San Juan de Dios, Puebla, Puebla, Código Postal 72000.

Por favor lea el siguiente formato y al final indique si sus datos pueden ser utilizados o no: FECHA: ____/____/____ <span style="float: right;">DÍA MES AÑO</span>		
Para llenado exclusivo del responsable del Sistema de Datos Personales:		
<b>1. DENOMINACIÓN DEL SISTEMA DE DATOS PERSONALES:</b>		
Sistema de Datos Personales del Programa Apoyos Médico Hospitalario		
<b>2. SUJETO OBLIGADO:</b>		
Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla		
Para llenado exclusivo del titular de los datos personales:		
<b>3. DATOS DEL TITULAR*:</b>		
HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE DOCUMENTO, POR LO QUE:		
ORDIGO MI CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES SENSIBLES.		
NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
DOCUMENTO CON EL QUE SE IDENTIFICA (EN SU CASO): _____		
FIRMA O HUELLA DIGITAL: _____		
*EN CASO DE QUE USTED REPRESENTE LEGALMENTE, SI OSTENTE LA TUTORA O RESPONSABILIDAD DE UN MENOR DE EDAD O INCAPAZ, LLENE LOS CAMPOS DE ARRIBA CON SUS DATOS, Y A CONTINUACIÓN ESPECIFIQUE ÚNICAMENTE EL NOMBRE DEL TITULAR DE LOS DATOS:		
NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

**INFORMACIÓN GENERAL**  
 De conformidad con lo dispuesto en los artículos 1, 5 fracción VII, 32 y demás relativos y aplicables a la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla, la creación de Sistemas de Datos Personales que tengan la finalidad exclusiva de almacenar los datos personales sensibles sólo podrá darse cuando lo consenta expresamente el Titular o tenga fines estadísticos, científicos o históricos, siempre y cuando se hubiera realizado previamente el procedimiento de disociación, que es el proceso por el cual se desvinculan o eliminan algunos datos para evitar que se identifique al titular.



**ANEXO III. RECIBO DE DONACIÓN**

**DIF** Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla  
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD | PROGRAMA AFECTOS MEDIO HOSPITALARIOS

**RECIBO DE CONFORMIDAD (EL DONATARIO)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA**

**ENTREGAN:**  
POR EL SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE PUEBLA (LOS DONANTES)

\_\_\_\_\_

**Lizbeth Gómez Calderón**  
DIRECTORA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

**TESTIGOS DE ASISTENCIA POR LA LOCALIDAD**

NOMBRE: _____	NOMBRE: _____
_____	_____
DOMICILIO: _____	DOMICILIO: _____
_____	_____
FIRMA: _____	FIRMA: _____

Calle 5 de Mayo, 1005 Centro Histórico, Edificio de los Azules de Oro, C.P. 72000, Puebla, Puebla de Zaragoza, Puebla (502) 229 4389  
Difundido por: dgk/2018

P.C.D.-61

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*



## Procedimiento DAPDDIS-02

### Donación de Aparatos Rehabilitatorios y Ayudas Funcionales

Tiempo Promedio: 30 minutos

<p><b>Elabora:</b></p>  <p><b>Liliana Pérez Ronquillo</b> LPR (DIS) Junio 2018</p>	<p><b>Valida:</b></p>  <p><b>Liliana Pérez Ronquillo</b> LPR (DIS) Junio 2018</p>	<p><b>Autoriza:</b></p>  <p><b>Lizbeth Gómez Calderón</b> LGC (DAPD) Junio 2018</p>
---	--	--

<b>Objetivo</b>	Otorgar apoyos a la población en desamparo, en extrema pobreza o en situación de vulnerabilidad que presenta alguna discapacidad, con la finalidad de facilitar su inclusión social, tanto en el aspecto laboral, escolar, cultural y deportivo, en los 217 municipios del Estado de Puebla.
<b>Normas y Políticas de Operación</b>	Reglamento Interior de la Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla / NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.
<b>Responsables</b>	Departamento de Inclusión Social
<b>Áreas Involucradas</b>	Presidencia y/o Dirección General, Dirección de Atención a Personas con Discapacidad, Departamento de enlace Gestión y Apoyo en Contingencias, Delegaciones Regionales.
<b>Recursos</b>	




## Normas y Políticas de Operación DAPDDIS-02

1. El beneficiario debe ser preferentemente persona con discapacidad, encontrarse en situación de pobreza o pobreza extrema y vivir en el estado de Puebla.
2. El beneficiario debe presentar la siguiente documentación:
  - Solicitud de Apoyo por escrito dirigido a la Presidenta del Patronato del SEDIF o Dirección General
  - Copia de Identificación Oficial
  - Copia de Acta de nacimiento y/o CURP si es menor de edad.
  - Copia de Comprobante de domicilio
  - Certificado médico con la especificación del apoyo y/ o Credencial Nacional para Personas con Discapacidad (CRENAPRED)
  - Comprobar situación económica a través de estudio socioeconómico que realizará el Sistema Estatal DIF Puebla.
  - En caso de solicitar:
    - Aparatos Ortopédicos, presentar Constancia de Discapacidad y/o Certificado Médico
    - Auxiliares auditivos, presentar Audiometría
    - Lentes, presentar Optometría
    - Prótesis, presentar valoración y presupuesto del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE). Los tiempos de entrega dependen de la carga de trabajo de cada uno de los proveedores. (Certificado médico)
  - Formulario de consentimiento expreso del titular para el tratamiento de datos personales sensibles.
3. El beneficiario tendrá derecho a recibir una ayuda funcional por año.
4. El beneficiario deberá tener preferentemente discapacidad permanente.
5. El beneficiario deberá darle el uso adecuado a la ayuda funcional.

Los aparatos ortopédicos se donan al 100% excepto las Prótesis en las que el porcentaje de apoyo es variable, debido a la política de corresponsabilidad del Sistema

## Descripción del Procedimiento DAPDDIS-02

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Inicio del Procedimiento</b>		
Solicitante	1. Solicita apoyo en DIF Municipal o en la Delegación Regional del SEDIF correspondiente a su municipio.	
Delegación Regional	2. Inicia integración de expediente	
Solicitante	3. Entrega oficio o carta petición para la Presidenta del Patronato y/o Director (a) General y copia de sus documentos según el apoyo requerido.	Expediente
Delegación Regional	4. Recibe documentación	Expediente
	5. Conformo Expediente y lo entrega a Auxiliar Administrativo	Expediente
Auxiliar Administrativo	6. Entrega a Jefe/a de Departamento de Inclusión Social	Expediente
Jefe/a de Departamento de Inclusión Social	7. Presenta expediente ante Director/a de Atención a Personas con Discapacidad.	Expediente
Director/a de Atención a Personas con Discapacidad	8. Envía a Presidencia y/o Dirección General para autorización	Expediente
Presidencia y/o Dirección General	9. Autoriza donación al 100% en caso de Aparatos Ortopédicos, Auxiliares Auditivos y/o Lentes, o monto de apoyo en Prótesis y regresa a la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad.	Expediente

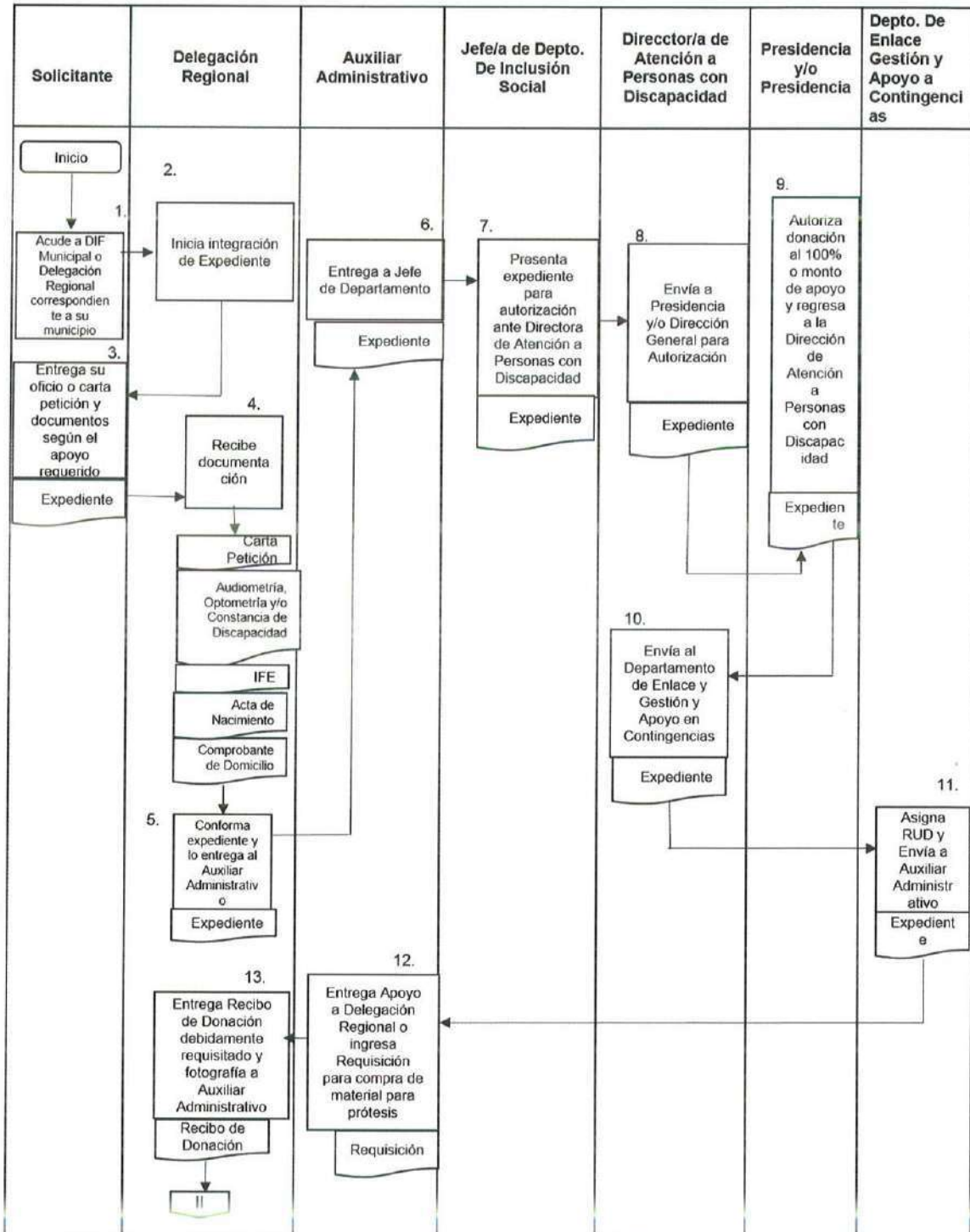




Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Continua Procedimiento</b>		
Director/a de Atención a Personas con Discapacidad	10. Envía al Departamento de Enlace, Gestión y Apoyo en Contingencias para asignación de RUD	Expediente
Departamento de enlace , Gestión y Apoyo en Contingencias	11. Asigna RUD y envía a Auxiliar Administrativo	Expediente
Auxiliar Administrativo	12. Entrega Aparatos Ortopédicos, Lentes y/o Auxiliar Auditivo a Delegación Regional o ingresa requisición para compra de material de prótesis, una vez comprado el material se entrega al Centro de Rehabilitación y Educación Especial el cual se encarga de la elaboración de la prótesis.	Requisición
Delegación Regional	13. Entrega Recibo de Donación debidamente requisitada y fotografía a Auxiliar Administrativo	Recibo de Donación Fotografía
Auxiliar Administrativo	14. Recibe Recibo de Donación debidamente requisitada y fotografía para expediente	Acta de donación Fotografía
	15. Tramita firma en Recibo de Donación de Director/a de Asistencia a Personas con Discapacidad	Recibo de Donación
Director/a de Atención a Personas con Discapacidad	16. Firma Recibo de Donación y devuelve a Auxiliar Administrativo	Recibo de Donación
Auxiliar Administrativo	17. Archiva	Expediente
<b>Fin del procedimiento</b>		

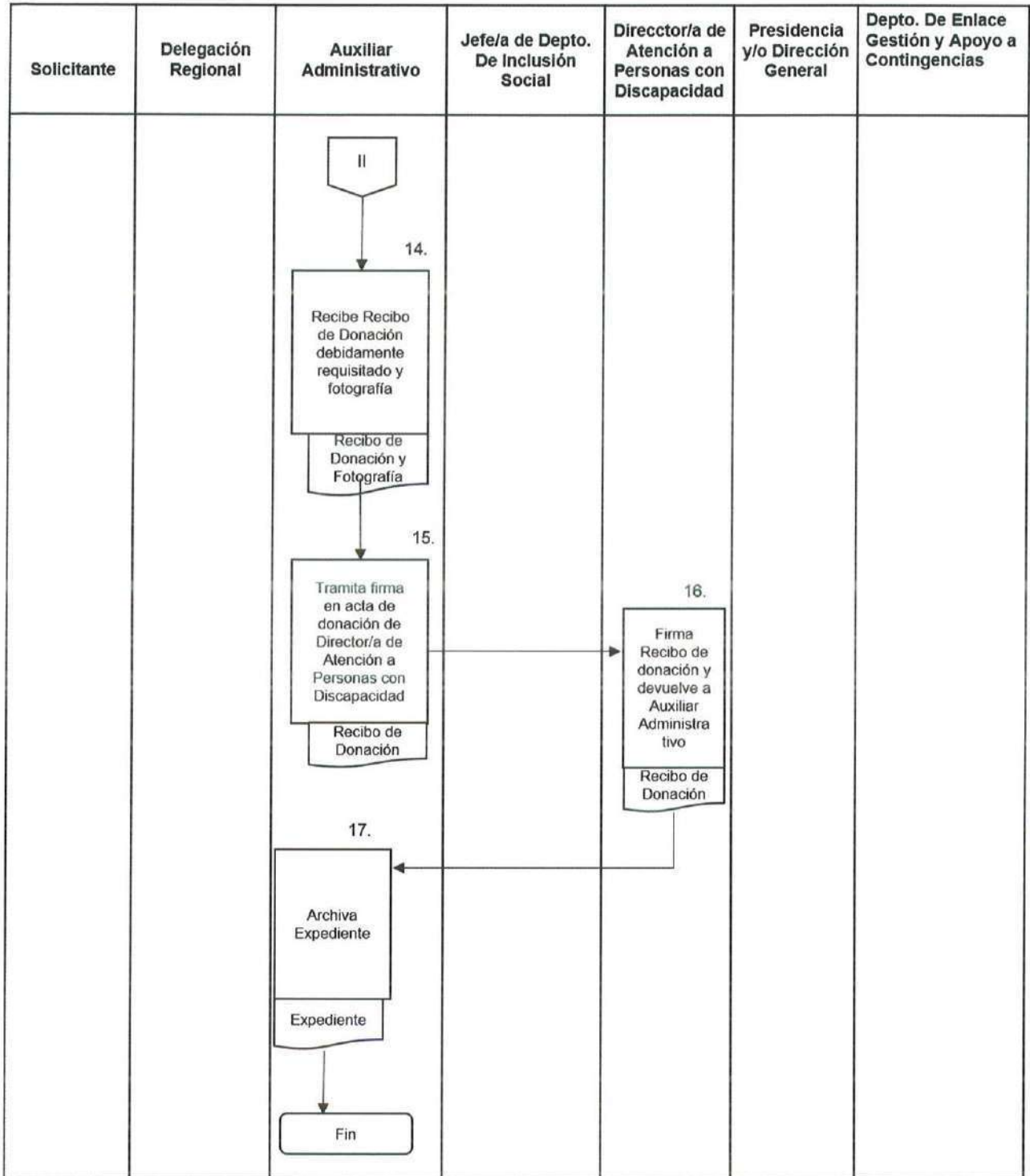


## Diagrama de Flujo DAPDDIS-02



*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*







*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*



## Anexos DAPDDIS-02

### ANEXO I. SOLICITUD DE APOYO

<b>DIF</b> INTEGRANDO FAMILIAS con Amor					
<b>SOLICITUD DE APOYO</b>					
PUEBLA, PUE. A. _____ DE _____ DE 20__					
<p><b>SRA. ALMA DINORAH LÓPEZ DE GALI</b> PRESIDENTA DEL SISTEMA ESTATAL DIF PRESENTE</p>					
<p>LA (EL) QUE SUSCRIBE C. _____ CON DOMICILIO EN _____, DE _____ AÑOS DE EDAD, SEXO: _____ TELÉFONO: _____ ORIGINARIA (O) _____ SE DIRIGE A USTED PARA SOLICITAR SU APOYO.</p>					
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>					
Nombre (s)		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Edad		Fecha de Nac.			
Domicilio		Localidad		Municipio	
C.P.		Teléfono		Tipo de Discapacidad	
Apoyo Solicitado					
AGRADECIENDO DE ANTE MANO SU APOYO, ME PERMITO HACERLE LLEGAR UN RESPETUOSO SALUDO.					
<b>ATENTAMENTE</b>					
_____ NOMBRE Y FIRMA					
<p>Calle 5 de Mayo 1606 Centro Histórico, Edificio de San Juan de Dios, C.P. 72000, Herencia Puebla de Zaragoza, Puebla (222) 229 5200 DIFestatal.Puebla.gob.mx</p>					
PES-4					

*[Handwritten signature]*



## ANEXO II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TITULAR PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TITULAR PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES

Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para los que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

Usted podrá ejercer en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, a través de la Unidad Administrativa de Acceso a la Información del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla, con dirección en calle 5 de Mayo número 1606, Centro Histórico, Edificio San Juan de Dios, Puebla, Puebla, Código Postal 72000.

Por favor lea el siguiente formato y al final indique si sus datos pueden ser utilizados o no: FECHA: ____/____/____ <div style="text-align: right;">DÍA MES AÑO</div>		
Para llenado exclusivo del responsable del Sistema de Datos Personales:		
<b>4. DENOMINACIÓN DEL SISTEMA DE DATOS PERSONALES:</b>		
Sistema de Datos Personales del Programa Donación de Aparatos Rehabilitatorios y Ayudas Funcionales		
<b>5. SUJETO OBLIGADO:</b>		
Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla		
Para llenado exclusivo del titular de los datos personales:		
<b>6. DATOS DEL TITULAR*:</b>		
HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE DOCUMENTO, POR LO QUE:		
OTORGÓ MI CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES SENSIBLES.		
NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
DOCUMENTO CON EL QUE SE IDENTIFICA (EN SU CASO): _____		
FIRMA O HUELLA DIGITAL: _____		
*EN CASO DE QUE USTED REPRESENTE LEGALMENTE, U OSTENTE LA TUTORÍA O RESPONSABILIDAD DE UN MENOR DE EDAD O INCAPAZ, LLENE LOS CAMPOS DE ARRIBA CON SUS DATOS, Y A CONTINUACIÓN ESPECIFIQUE ÚNICAMENTE EL NOMBRE DEL TITULAR DE LOS DATOS:		
NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO


**INFORMACIÓN GENERAL**

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 1, 3 fracción VII, 12 y demás relativos y aplicables a La Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla, la creación de Sistemas de Datos Personales que tengan la finalidad exclusiva de almacenar los datos personales sensibles sólo podrá darse cuando lo autorice expresamente el Titular o tenga fines estadísticas, científicas o históricas, siempre y cuando se hubiera realizado previamente el procedimiento de disociación, que es el proceso por el cual se desvinculan o eliminan algunos datos para evitar que se identifique al Titular.




**ANEXO III. RECIBO DE DONACIÓN**



**Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla**  
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD | PROCESAMIENTO DE APORTE DE BIENES MATERIALES Y EFECTIVO

**RECIBO DE DONACIÓN**

RUIJ: \_\_\_\_\_

RECIBÍ A MI ENTERA SATISFACCIÓN DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE PUEBLA, EN CALIDAD DE DONATIVO, LOS APOYOS QUE SE DESCRIBEN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

APORTANDO POR MI CUENTA: \_\_\_\_\_

EL SISTEMA MUNICIPAL DIF CONTRIBUYO CON: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Así MISMO DECLARO QUE EL SISTEMA ESTATAL DIF CONTRIBUYO CON: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EN EL CASO DE QUE LOS BIENES DESCRITOS ANTERIORMENTE NO SE DESTINEN AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL SISTEMA ESTATAL DIF, ESTE COMUNICARÁ POR ESCRITO LA REVOCACIÓN DE LA PRESENTE DONACIÓN.

DESPUÉS DE SER LEÍDO EL CONTENIDO DEL PRESENTE RECIBO Y ESTANDO DE ACUERDO LOS QUE EN ELLA INTERVINIERON, ENTERADOS DE SU CONTENIDO, FUERZA Y ALCANCES LEGALES SE PROCEDE A RATIFICAR Y FIRMAR EL DÍA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA DONATARIO

\_\_\_\_\_

TESTIGO 1

\_\_\_\_\_

TESTIGO 2

P.C.D.-6

B

A

J

8





**Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla**

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD | TÉCNICAS DE ATENCIÓN DE APAYECOS, HABILITACIONES Y AYUDA FUNCIONAL

**RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)**

RUD: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

EL APOYO: \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

CP: \_\_\_\_\_

FIRMA

ENTREGAN:  
POR EL SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
DEL ESTADO DE PUEBLA  
(LOS DONANTES)

**Lizbeth Gómez Calderón**  
DIRECTORA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

**TESTIGOS DE ASISTENCIA  
POR LA LOCALIDAD**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_



*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*

## Procedimiento DAPDDIS-03

### Trámite de Credencial Nacional para Personas con Discapacidad (CRENAPRED)

Tiempo Promedio: 30 minutos

<p><b>Elabora:</b></p>  <p><b>Liliana Pérez Ronquillo LPR(DIS) Junio 2018</b></p>	<p><b>Valida:</b></p>  <p><b>Liliana Pérez Ronquillo LPR(DIS) Junio 2018</b></p>	<p><b>Autoriza:</b></p>  <p><b>Lizbeth Gómez Calderón LGC (DAPD) Junio 2018</b></p>
--	---	--

**Objetivo**

Otorgar una identificación que favorezca la integración a la sociedad, y respalde la condición de las personas con discapacidad, con la finalidad de acceder a beneficios en el pago de bienes y servicios, de acuerdo a convenios establecidos en cada uno de los Estados.

**Normas y Políticas de Operación**

Reglamento Interior de la Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla / NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.

**Responsables**

Departamento de Inclusión Social

**Áreas Involucradas**

Dirección de Atención a Personas con Discapacidad:  
Responsable CRENAPRED

**Recursos**





## Normas y Políticas de Operación DAPDDIS-03

1. La Credencial Nacional para Personas con Discapacidad es gratuita.
- 2.- La credencial es un documento que cubre las necesidades de identificación de todas las personas con discapacidad permanente a fin de mejorar su economía, contribuyendo al incremento de su calidad de vida.
3. Para solicitar la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad debe cumplir con los siguientes requisitos, los cuales deberá presentar en original y copia simple:
  - a) Certificado de Discapacidad permanente, otorgado por el sector Público de Salud (SSA, IMSS, ISSSTE, ETC), en el que se mencione tipo de discapacidad, grado (leve, moderada o grave) y diagnóstico de acuerdo a la Clave CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades)
  - b) Copia de la clave Única de Registro de Población (CURP).
  - a) Copia del Acta de Nacimiento.
  - b) Copia de Identificación Oficial (IFE, licencia y/o pasaporte)
  - c) Copia de comprobante domiciliario (agua, luz, teléfono o predio),
  - d) Constancia de Identidad- En caso de no contar con alguna identificación oficial, deberá presentarla en original, expedida por su autoridad Municipal y/o Auxiliar.
  - e) Si es menor de edad: copia de la identificación del padre o tutor.
  - f) Firmar Formulario de consentimiento expreso del titular para el tratamiento de datos personales sensibles.
- 4.- La toma de la fotografía digital, huella digital del dedo índice derecho y en el caso de que el solicitante pueda realizar su firma digital, estas se realizarán en el módulo de credencialización sin ningún costo.



5.- En el caso de que el solicitante por su discapacidad, no pudiera plasmar la huella del dedo indicado, esto debido a la ausencia de dedos o manos por amputaciones, el trámite continúa, registrándose tal situación en el sistema de captura.

6.- La expedición de la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad, se entrega en un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos en el módulo de oficinas centrales o de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad.

7. En caso de robo o extravío de la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad, deberá presentar los siguientes documentos:

- a. Constancia de hechos, emitida por el Ministerio Público correspondiente, la cual deberá indicar la incidencia de lo acontecido con su credencial.
- b. Certificado de Discapacidad permanente, otorgado por el sector Público de Salud (SSA, IMSS, ISSSTE, ETC), en el que se mencione tipo de discapacidad, grado (leve, moderada o grave) y diagnóstico de acuerdo a la Clave CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades)
- c. Copia de la clave Única de Registro de Población (CURP).
- d. Copia del Acta de Nacimiento.
- e. Copia de Identificación Oficial (IFE, licencia y/o pasaporte)
- f. Copia de comprobante domiciliario (agua, luz, teléfono o predio).

8. La reposición de la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad, no tiene costo y se entrega en un tiempo aproximado de 5 minutos y deberá presentar los siguientes requisitos:

- a. Certificado de Discapacidad permanente, otorgado por el sector Público de Salud (SSA, IMSS, ISSSTE, ETC), en el que se mencione tipo de discapacidad, grado (leve, moderada o grave) y diagnóstico de acuerdo a la Clave CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades)
- b. Copia de la clave Única de Registro de Población (CURP)
- c. Copia del Acta de Nacimiento

- d. Copia de Identificación Oficial (IFE, licencia y/o pasaporte)
- e. Copia de comprobante domiciliario (agua, luz, teléfono o predio)
- f. Plástico para canje

9.- El tiempo de vigencia de la Credencial es de 5 años, en el cual solo se podrá reponer tres veces.

10. El trámite de la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad es presencial, el horario de atención en la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad es de 9 am a 5 pm de lunes a jueves.

11.- El día viernes el módulo de realiza jornadas de credencialización en el interior del Estado, previa solicitud.

12. Para la credencialización en el interior del Estado, deberán de realizar lo siguiente:

a) Cada SMDIF y/o Delegación Regional deberá solicitar una jornada de credencialización, a través de un oficio dirigido al Director/a de Atención a Personas con Discapacidad del SEDIF Puebla

b) El Departamento de Inclusión Social, indicará el día en que se realizar la jornada de credencialización.

c) El día de la jornada programada, el SMDIF y/o la Delegación Regional prestará sus instalaciones para trabajar de la siguiente forma:

- 1.- Validación de documentos.
- 2.- Toma de fotografía, huella y firma digital.
- 3.- Captura de datos personales del solicitante.
- 4.- Las credenciales se entregarán al personal del SMDIF en un lapso de 15 a 20 días hábiles, para que sean entregadas en su municipio o Delegación.
- 5. Los expedientes generados para la expedición de la Credencial Nacional para Personas con discapacidad (Nuevos, Reposiciones y de jornadas en el interior del Estado) se archivan por mes.



## Descripción del Procedimiento DAPDDIS-03

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Inicio del Procedimiento</b>		
Responsable CRENAPED	1. Recibe al solicitante de Credencial Nacional para Personas con Discapacidad, proporciona los requisitos para el trámite y/o reposición.	
Usuario/a	2. Entrega documentos para el expediente	Expediente: -Original de Certificado de Discapacidad -Acta de Nacimiento -CURP -Identificación Oficial con fotografía -Comprobante domiciliario (copias)
Responsable CRENAPRED	3. Valida que cumpla los requisitos para hacer el trámite de la CRENAPRED	
	4. Toma fotografía, huella y firma digital	
	5. Captura los datos en el Sistema Nacional DIF	
	6. Informa los pasos a seguir para la entrega de la credencial	

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*



Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Continua Procedimiento</b>		
Responsable CRENAPRED	7. Solicita al usuario esperar para la entrega de su credencial o establece el día para la entrega	
	8. Archiva el expediente y guarda el archivo digital	
	9. Imprime credencial	Credencial
	10. Entrega Credencial y recaba firma de recibido	Credencial
Usuario/a	11. Recibe credencial Nacional para las Personas con Discapacidad	Credencial
<b>Fin del procedimiento</b>		

*D*

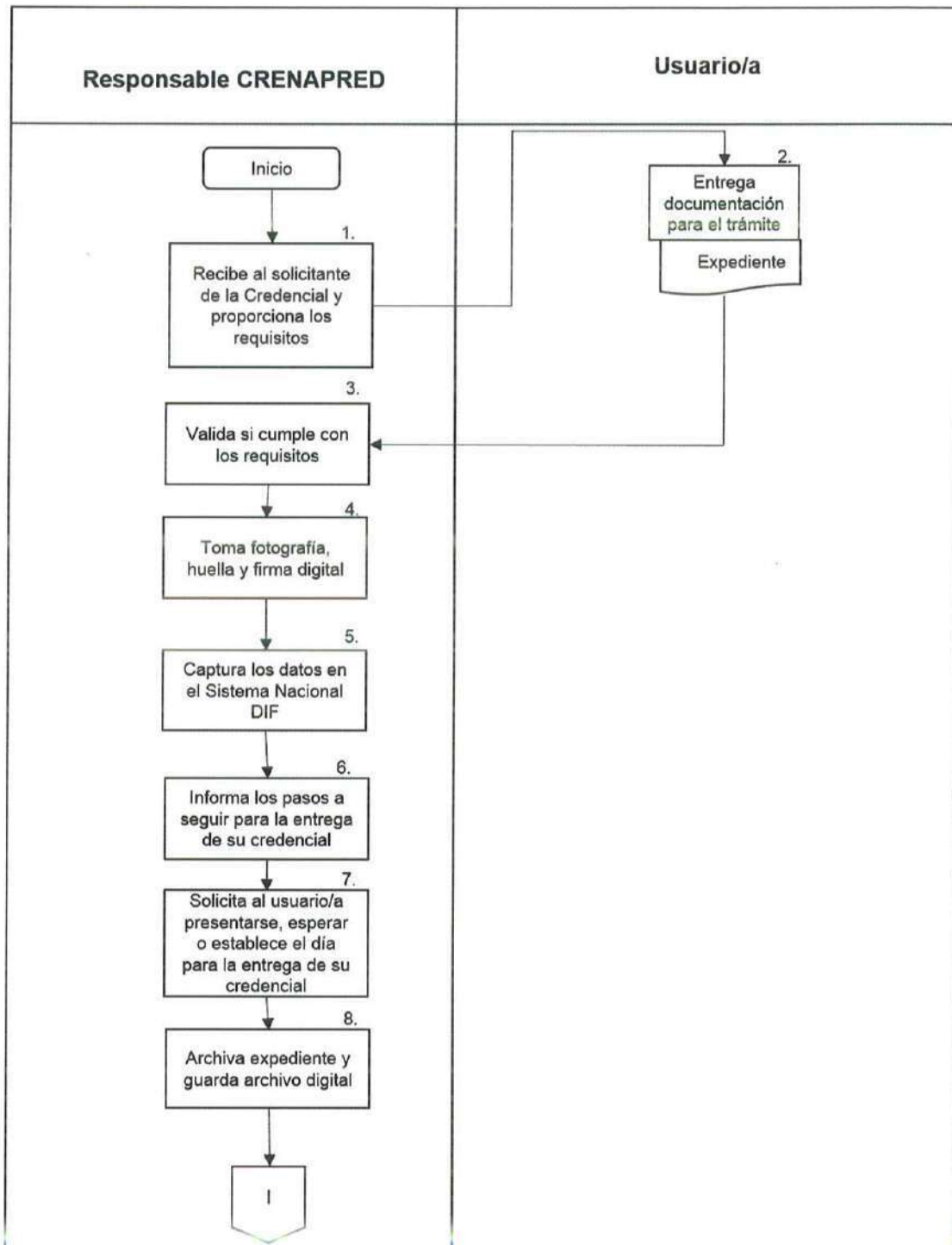
*f*

*Z*

*S*

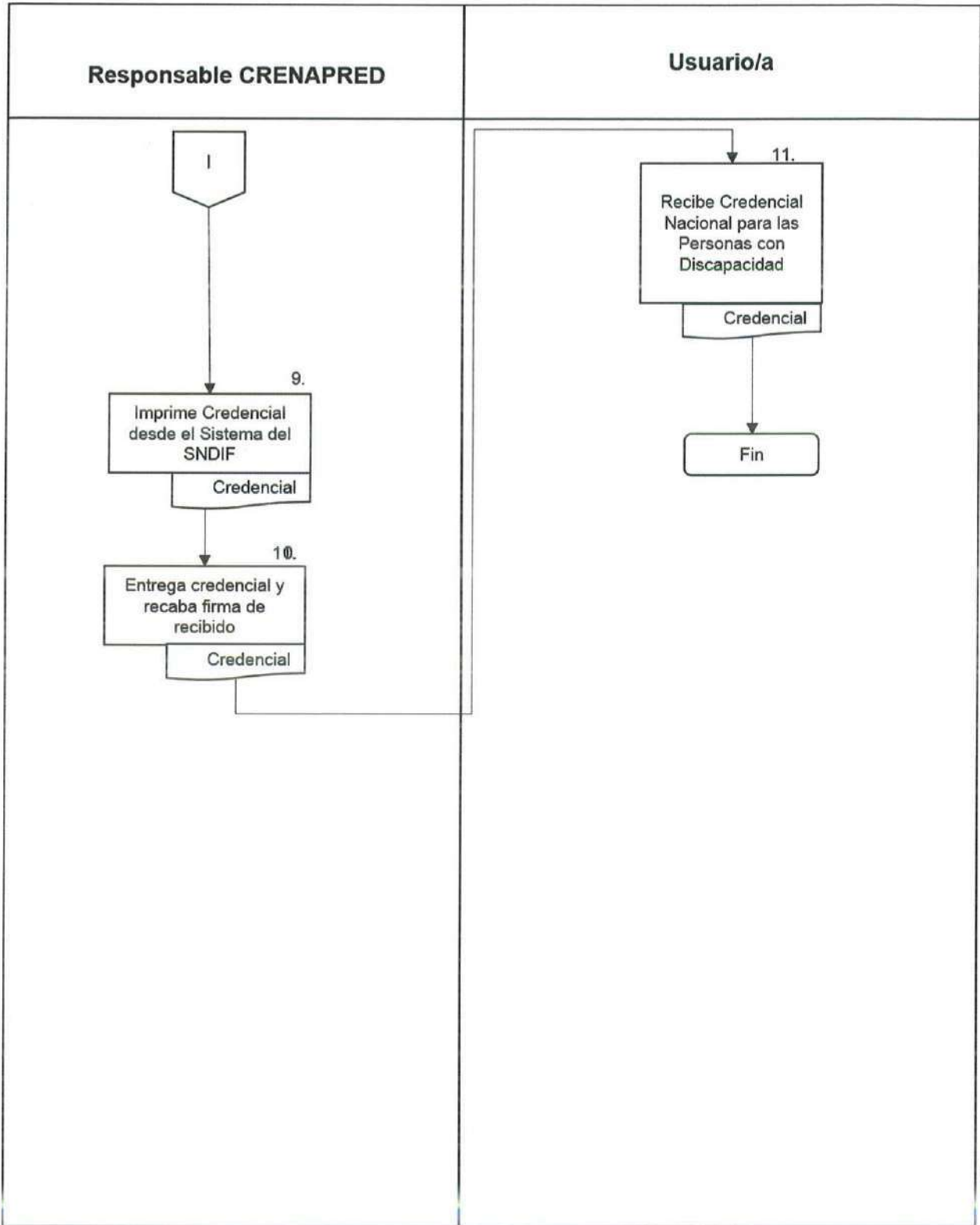


## Diagrama de Flujo DAPDDIS-03



*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*





*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*



## Procedimiento DAPDDIS-04

### Jornadas de Credencialización para Personas con Discapacidad (CRENAPRED)

Tiempo Promedio: 1 día

Elabora:	Valida:	Autoriza:
 <b>Liliana Pérez Ronquillo LPR (DIS) Junio 2018</b>	 <b>Liliana Pérez Ronquillo LPR (DIS) Junio 2018</b>	 <b>Lizbeth Gómez Calderón LGC (DAPD) Junio 2018</b>

**Objetivo**

Otorgar una identificación que favorezca la integración a la sociedad, y respalde la condición de las personas con discapacidad, con la finalidad de acceder a beneficios en el pago de bienes y servicios, de acuerdo a convenios establecidos en cada uno de los Estados.

**Normas y Políticas de Operación**

Reglamento Interior de la Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla / NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.

**Responsables**

Departamento de Inclusión Social.

**Áreas Involucradas**

Presidencia del DIF Municipal, Dirección de Atención a Personas con Discapacidad, Departamento de Inclusión Social, Responsable CRENAPRED.

**Recursos**



## Normas y Políticas de Operación DAPDDIS-04

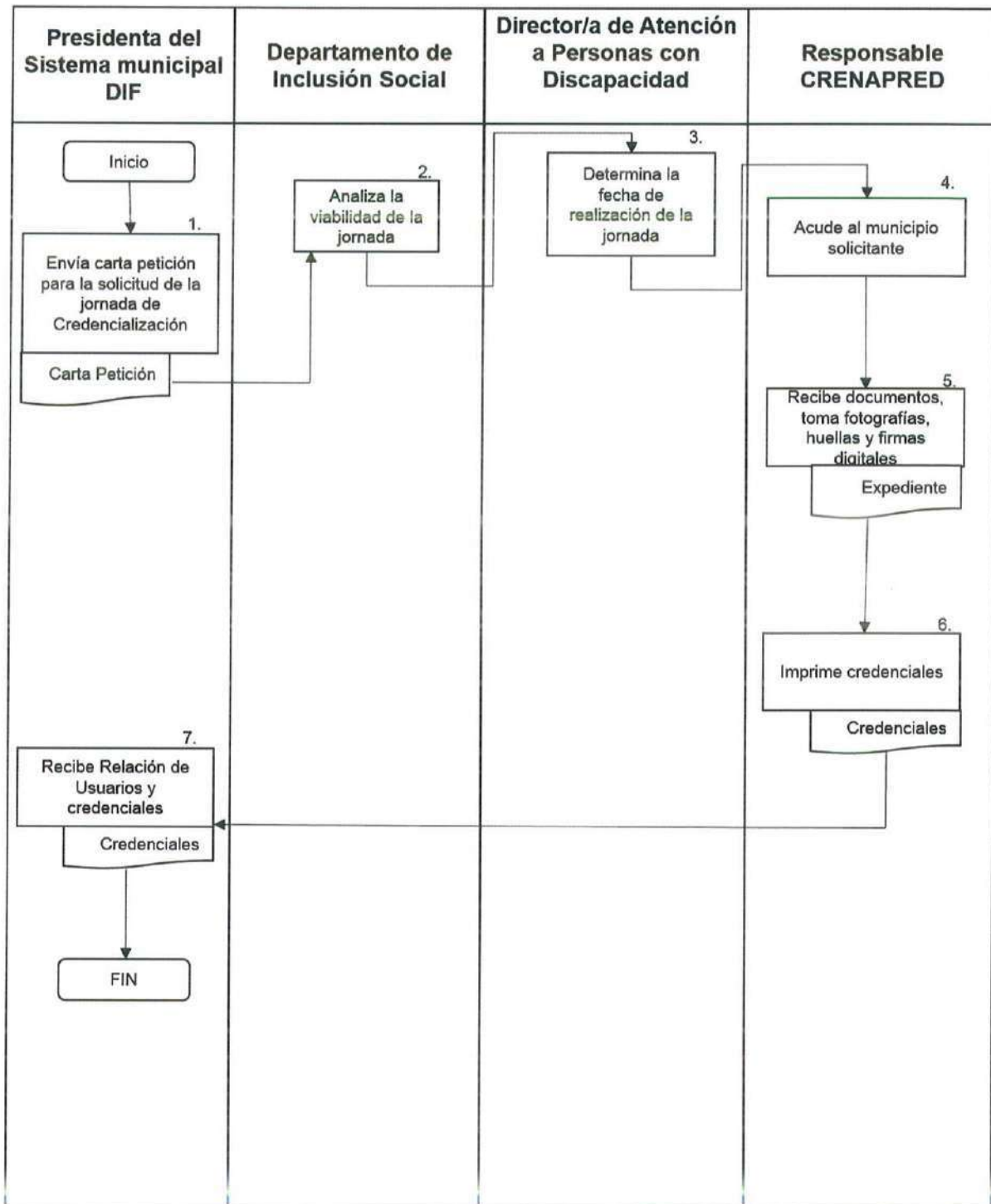
1. El trámite de la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad es presencial, el horario de atención en la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad es de 9 am a 5 pm de lunes a jueves.
2. El día viernes se realiza jornadas de credencialización en el interior del Estado, previa solicitud.
3. Para la credencialización en el interior del Estado, deberán de realizar lo siguiente:
  - a) Cada SMDIF y/o Delegación Regional deberá solicitar una jornada de credencialización, a través de un oficio dirigido al Director/a de Atención a Personas con Discapacidad del SEDIF Puebla
  - b) El Departamento de Inclusión Social, indicará el día en que se realizar la jornada de credencialización.
  - c) El día de la jornada programada, el SMDIF y/o la Delegación Regional prestará sus instalaciones para trabajar de la siguiente forma:
    - 1.- Validación de documentos.
    - 2.- Toma de fotografía, huella y firma digital.
    - 3.-Captura de datos personales del solicitante.
    - 4.-Las credenciales se entregarán al personal del SMDIF en un lapso de 15 a 20 días hábiles, para que sean entregadas en su municipio o Delegación.
    5. Los expedientes generados para la expedición de la Credencial Nacional para Personas con discapacidad (Nuevos, Reposiciones y de jornadas en el interior del Estado) se archivan por mes.

## Descripción del Procedimiento DAPDDIS-04

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Inicio del Procedimiento</b>		
Presidenta del DIF Municipal	1. Envía carta petición de la jornada	Carta petición
Director/a de Atención a Personas con Discapacidad	2. Analiza la viabilidad de la jornada	
Departamento de Inclusión Social	3. Determina la fecha de la realización de la jornada	
Responsable CRENAPRED	4. Acude al Municipio solicitante	
	5. Recibe documentación	Expediente: -Original de Certificado de Discapacidad -Acta de Nacimiento - CURP -Identificación Oficial con fotografía -Comprobante domiciliario(copias)
	6. Imprime credenciales	Credenciales
Presidenta del Sistema Municipal DIF	7. Recibe credenciales y relación de usuarios.	Credenciales
<b>Fin del procedimiento</b>		



## Diagrama de Flujo DAPDDIS-04



*JSD*




*[Handwritten signature]*



## Procedimiento DAPDDIS-05

### Inclusión social de las personas con discapacidad

Tiempo Promedio: 30 minutos

Elabora:	Valida:	Autoriza:
 <b>Liliana Pérez Ronquillo</b> LPR (DIS) Junio 2018	 <b>Liliana Pérez Ronquillo</b> LPR (DIS) Junio 2018	 <b>Lizbeth Gómez Calderón</b> LGC (DAPD) Junio 2018

**Objetivo**

Fomentar la inclusión social educativa, laboral, cultural y/o deportiva, a través de la gestión y canalización respectiva a las instancias correspondientes, en beneficio de las personas con discapacidad de los 217 Municipios de la Entidad.

**Normas y Políticas de Operación**

Reglamento Interior de la Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla / NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.

**Responsables**

Departamento de Inclusión Social

**Áreas Involucradas**

Dirección de Atención a Personas con Discapacidad, Departamento de Inclusión Social.

**Recursos**

## Normas y Políticas de Operación DAPDDIS-05

1. Es candidato a la inclusión social, cualquier persona con discapacidad de los 217 Municipios del Estado de Puebla en condiciones de incluirse.
2. Se fomentarán alianzas para la inclusión social con la iniciativa pública y privada, así como de la sociedad civil de cada Municipio que integra el Estado de Puebla.
3. El solicitante deberá acudir al SEDIF a solicitar información, y con la siguiente documentación:
  - Copia de comprobante domiciliario
  - Copia de identificación oficial
  - Solicitud de empleo o currículum vitae (en caso de inclusión Laboral)
  - Último comprobante de estudios (en caso de inclusión educativa)
4. El solicitante deberá firmar el Formulario de Consentimiento Expreso del Titular para el Tratamiento de Datos Personales Sensibles.
5. El solicitante será canalizado a la instancia correspondiente.
6. Concentrar reportes de manera mensual de las instancias que han generado Inclusión laboral y educativa

## Descripción del Procedimiento DAPDDIS-05

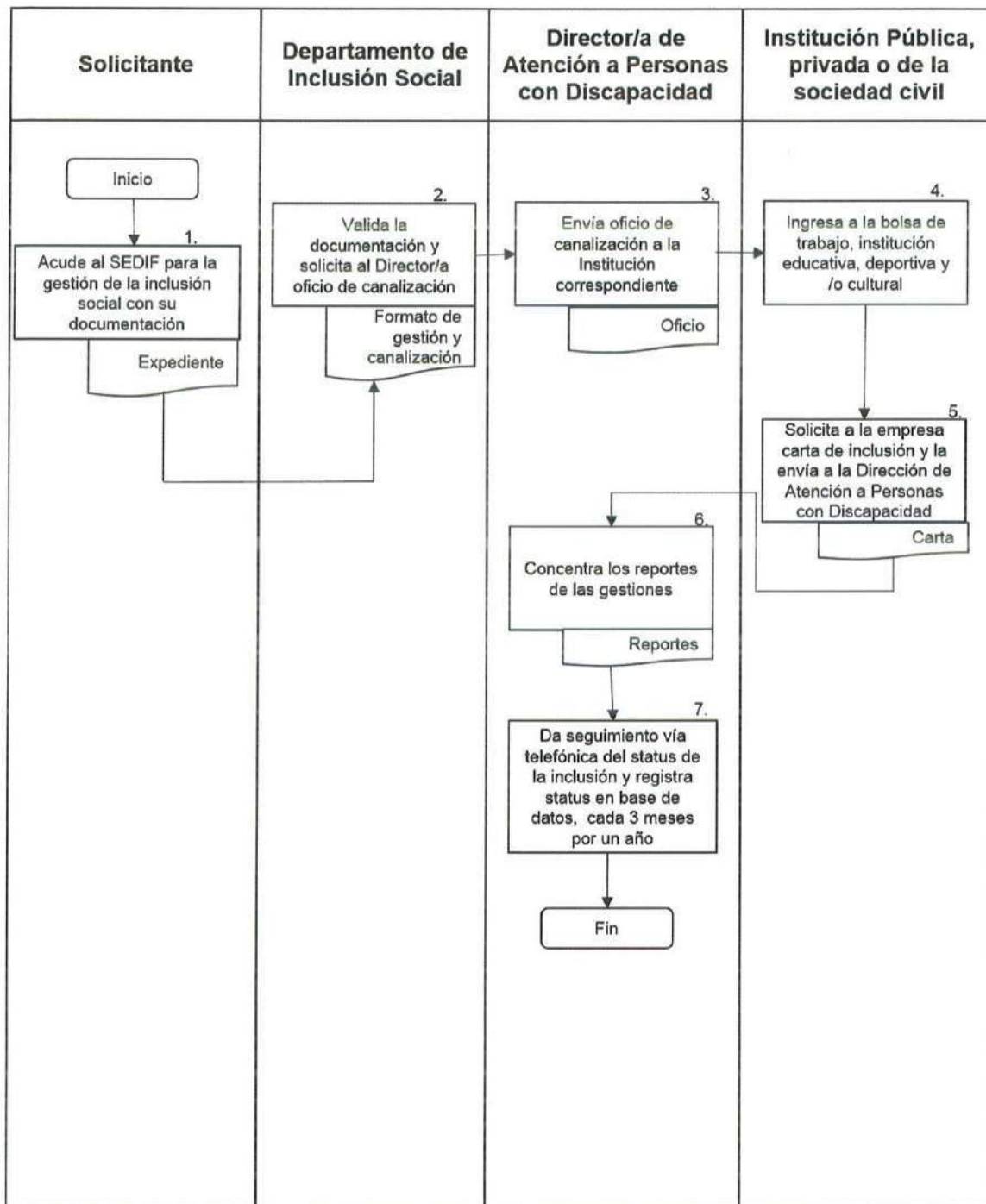
Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Inicio del Procedimiento</b>		
Solicitante	1. Acude al SEDIF para la gestión de la inclusión social (educativa, laboral, cultural y/o deportiva) con documentación	Expediente: • Copia de comprobante domiciliario • Copia de identificación oficial • Solicitud de empleo y/o currículum vitae (en caso de inclusión laboral) • Último comprobante de estudios (en caso de inclusión educativa)
Departamento de Inclusión Social	2. Valida la documentación, solicita al Director/a oficio de canalización	Formato de gestión y canalización
Director/a de Atención a Personas con Discapacidad	3. Envía oficio de canalización a la Institución correspondiente	Oficio
Institución pública, privada o de la sociedad civil	4. Ingresa a la bolsa de trabajo el perfil del solicitante, institución educativa, deportiva y/o cultural según sea el caso	



Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Continua Procedimiento</b>		
Institución pública, privada o de la sociedad civil	5. Solicita a la empresa, institución educativa, cultural y o deportiva una carta de inclusión y la envía a la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad	Carta
Director/a de Atención a Personas con Discapacidad	6. Concentra los reportes de las gestiones	Reportes
	7. Da seguimiento vía telefónica del status de la inclusión y registra status en base de datos, cada 3 meses por un año	
<b>Fin del procedimiento</b>		



## Diagrama de Flujo DAPDDIS-05



*J*  
*3*  
*D*



*S*

## Anexos DAPDDIS-05

### ANEXO I. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TITULAR PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES

#### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TITULAR PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES

Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para los que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

Usted podrá ejercer en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, a través de la Unidad Administrativa de Acceso a la Información del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla, con dirección en calle 5 de Mayo número 1606, Centro Histórico, Edificio San Juan de Dios, Puebla, Puebla, Código Postal 72000.

Por favor lea el siguiente formato y al final indique si sus datos pueden ser utilizados o no:		
FECHA: ___/___/___ DÍA MES AÑO		
<b>Para llenado exclusivo del responsable del Sistema de Datos Personales:</b>		
<b>4. DENOMINACIÓN DEL SISTEMA DE DATOS PERSONALES:</b>		
Sistema de Datos Personales del Programa Donación de Aparatos Rehabilitatorios y Ayudas Funcionales		
<b>5. SUJETO OBLIGADO:</b>		
Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla		
<b>Para llenado exclusivo del titular de los datos personales:</b>		
<b>6. DATOS DEL TITULAR*:</b>		
HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE DOCUMENTO, POR LO QUE:		
OTORGÓ MI CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES SENSIBLES.		
NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
DOCUMENTO CON EL QUE SE IDENTIFICA (EN SU CASO): _____		
FIRMA O HUELLA DIGITAL: _____		
*EN CASO DE QUE USTED REPRESENTE LEGALMENTE, U OSTENTE LA TUTORÍA O RESPONSABILIDAD DE UN MENOR DE EDAD O INCAPAZ, LLENE LOS CAMPOS DE ARRIBA CON SUS DATOS, Y A CONTINUACIÓN ESPECIFIQUE ÚNICAMENTE EL NOMBRE DEL TITULAR DE LOS DATOS:		
NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

**INFORMACIÓN GENERAL**

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 1, 3 fracción VI, 12 y demás relativos y aplicables a La Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla, la creación de Sistemas de Datos Personales que tengan la finalidad exclusiva de almacenar los datos personales sensibles sólo podrá darse cuando se consienta expresamente el titular o tenga fines estadísticas, científicas o históricas, siempre y cuando se hubiera realizado previamente el procedimiento de identificación, que es el proceso por el cual se determinan o eliminan algunos datos para evitar que se identifiquen al titular.

*JG*  
*P*

*8*



---

## Procedimientos del Departamento de Diagnóstico y Rehabilitación

---

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

**C. Lisette Rojas Uribe**  
Jefa del Departamento de Diagnóstico y  
Rehabilitación

*[Handwritten signature]*  
56



## Procedimiento DAPDDDR-01

### Centro de Rehabilitación Integral Infantil (CRII) de la DAPD

Tiempo Promedio: El mismo día

Elabora:	Valida:	Autoriza:
 <b>Lisette Rojas Uribe</b> LRU (DDR) Junio 2018	 <b>Lisette Rojas Uribe</b> LRU (DDR) Junio 2018	 <b>Lizbeth Gómez Calderón</b> LGC (DAPD) Junio 2018

**Objetivo**

Otorgar consultas y terapias como un medio para mejorar la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes con discapacidad de 0 a 17 años 11 meses que requieren de atención especial para su rehabilitación.

**Normas y Políticas de Operación**

Reglamento Interior de la Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla / NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.

**Responsables**

Departamento de Diagnóstico y Rehabilitación

**Áreas Involucradas**

Centro de Rehabilitación Integral Infantil (CRII)

**Recursos**



## Normas y Políticas de Operación DAPDDDR-01

1. Se dará atención a niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años 11 meses que tienen alguna discapacidad como:
  - a. Trastornos neuro-músculo-esqueléticos
  - b. Daño neurológico de etiología múltiple
  - c. Afectaciones motoras
  - d. Defectos posturales
  - e. Secuelas de enfermedades del tejido conectivo
  - f. Trastornos que afectan el circuito de comunicación: sordera o hipoacusia, y del lenguaje
  - g. Discapacidad intelectual de leve a moderada.
2. Para poder iniciar o continuar con las terapias es indispensable la valoración del especialista en rehabilitación.
3. Asistir puntualmente a sus terapias y consultas llegando 15 minutos antes.
4. Traer el carnet de citas.
5. Realizar el pago de los servicios el mismo día que se recibirán.
6. Es responsabilidad del padre o tutor el cuidado del menor dentro de las instalaciones del CRII.
7. Las faltas injustificadas por más de tres ocasiones causan suspensión temporal del servicio y únicamente podrán ser justificadas por la trabajadora social, presentando original y copia de receta médica o justificante escolar.
8. El niño, niña o adolescente, deberá presentarse bien aseado, con las uñas cortadas, pañal limpio y con ropa cómoda para recibir sus terapias.
9. Si el niño, niña o adolescente presenta alguna enfermedad infectocontagiosa, no deberá asistir a terapia hasta ser autorizado por el servicio médico de esta institución.
10. El cambio de pañal solamente se podrá realizar en los baños.
11. Está prohibido introducir alimentos o bebidas al área de terapia.
12. A la terapia sólo podrá pasar el paciente y un acompañante.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



## Descripción del Procedimiento DAPDDDR-01

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Inicio del Procedimiento</b>		
Usuario/a	1. Acude al CRII a solicitar información.	
Trabajador/a Social "B"	2. Recibe al paciente y le informa los requisitos necesarios para poder ingresar como paciente CRII.	
Usuario/a	3. Acude a archivo para que le asignen una cita para consulta de Rehabilitación.	
Archivo	4. Da cita para consulta.	
Usuario/a	5. Acude a caja a pagar su consulta de valoración.	
Cajero/a "A"	6. Recibe el pago	Comprobante de servicio.
Usuario/a	7. Pasa a Consulta	
Médico	8. Abre expediente	Expediente
	9. Entrevista y realiza Exploración Física.	Historia Clínica Formato de habilidades físicas
	10. Valora si el usuario/a es candidato a recibir terapias en el CRII, si no es candidato continúa en paso 11, si es candidato continúa en paso 12.	
	11. Refiere a otra institución al usuario, en donde pueda ser atendido. Termina procedimiento.	Hoja de Referencia
	12. Prescribe plan de tratamiento y canaliza al usuario a trabajo social	Plan de Tratamiento

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*



Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Continúa Procedimiento</b>		
Usuario/a	13. Entrega documentación en Trabajo Social que se anexa al expediente	Expediente: 1. Copia de Acta de Nacimiento 2. Copia de identificación oficial vigente de padre o tutor del usuario 3. Copia de comprobante de domicilio 4. Copia de CURP 5. Fotografía del menor 6. Formulario de Consentimiento expreso del titular para el tratamiento de datos personales sensibles
Trabajador/a Social "B"	14. Realiza Estudio Socioeconómico para determinar la tarifa que habrá que pagar el usuario/a.	Estudio Socioeconómico
	15. Aplica encuesta de la Secretaría de Salud para conocer el tipo de discapacidad que presenta el usuario/a del Servicio.	Encuesta
	16. Lee al padre o tutor documentos.	Carta Responsiva Reglamento
	17. Llena carnet de citas con generales y lo canaliza a archivo.	Carnet de Citas



Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Continúa Procedimiento</b>		
Archivo	18. Revisa el expediente y plan de tratamiento de rehabilitación, anota los terapeutas tratantes y horarios correspondientes.	
	19. Anota las consultas subsecuentes de rehabilitación y psicología, cuando aplique.	Carnet de citas con horarios consultas y agendas
	20. Canaliza al padre o tutor al área de caja para realizar el pago de los servicios.	
Cajero/a "A"	21. Cobra los servicios solicitados y extiende el comprobante correspondiente.	Comprobante de servicios
Usuario/a	22. Recibe su terapia al presentarlo el padre o tutor al área correspondiente.	
	23. Entrega el comprobante al terapeuta.	
Terapeutas (Física, Ocupacional y/o Cems, de Lenguaje).	24. Sigue las pautas de tratamiento indicadas por el Médico en Rehabilitación.	Nota de Terapia
Psicólogo/a	25. Realiza entrevista al padre o tutor de acuerdo a las indicaciones del médico en Rehabilitación	Entrevista
	26. Valora Psicológicamente del Usuario/a	
	27. Establece el plan de tratamiento al Usuario	
	28. Ejecuta técnicas de intervención con el usuario	Notas de Terapia

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*



Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Continúa Procedimiento</b>		
Usuario/a	29. Pasa nuevamente a consulta de rehabilitación una vez completadas las sesiones de Terapia en el lapso indicado por el médico.	
Médico	30. Consulta al usuario/a, revisa las notas de terapia y realiza nuevamente examen clínico.	Examen Clínico Formato de habilidades físicas
	31. Valora si requiere más sesiones de terapia, si las requiere continúa en paso 22, si no las requiere es dado de alta y termina procedimiento.	Nuevo Plan de Tratamiento o alta
<b>Fin del Procedimiento</b>		

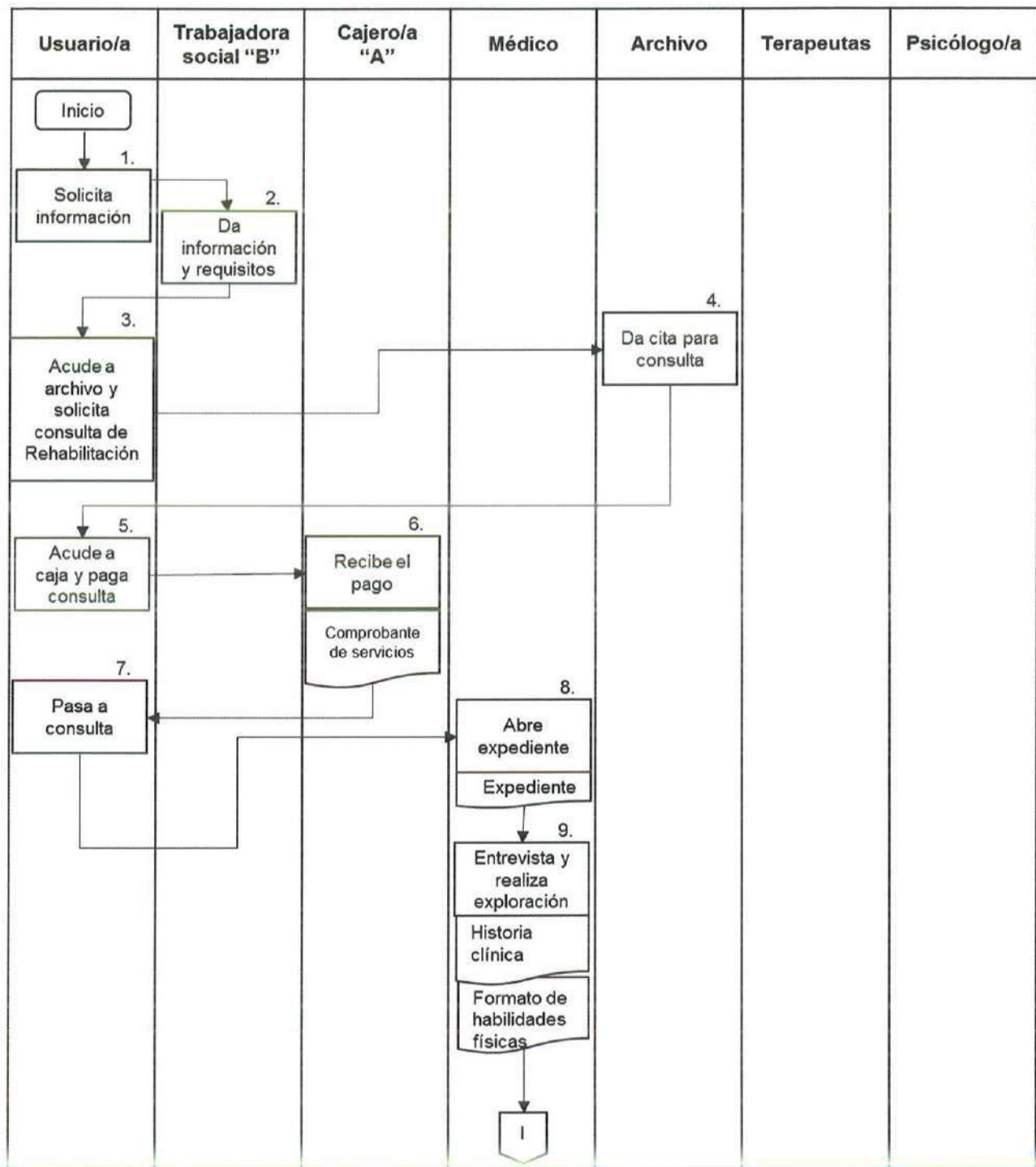
*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

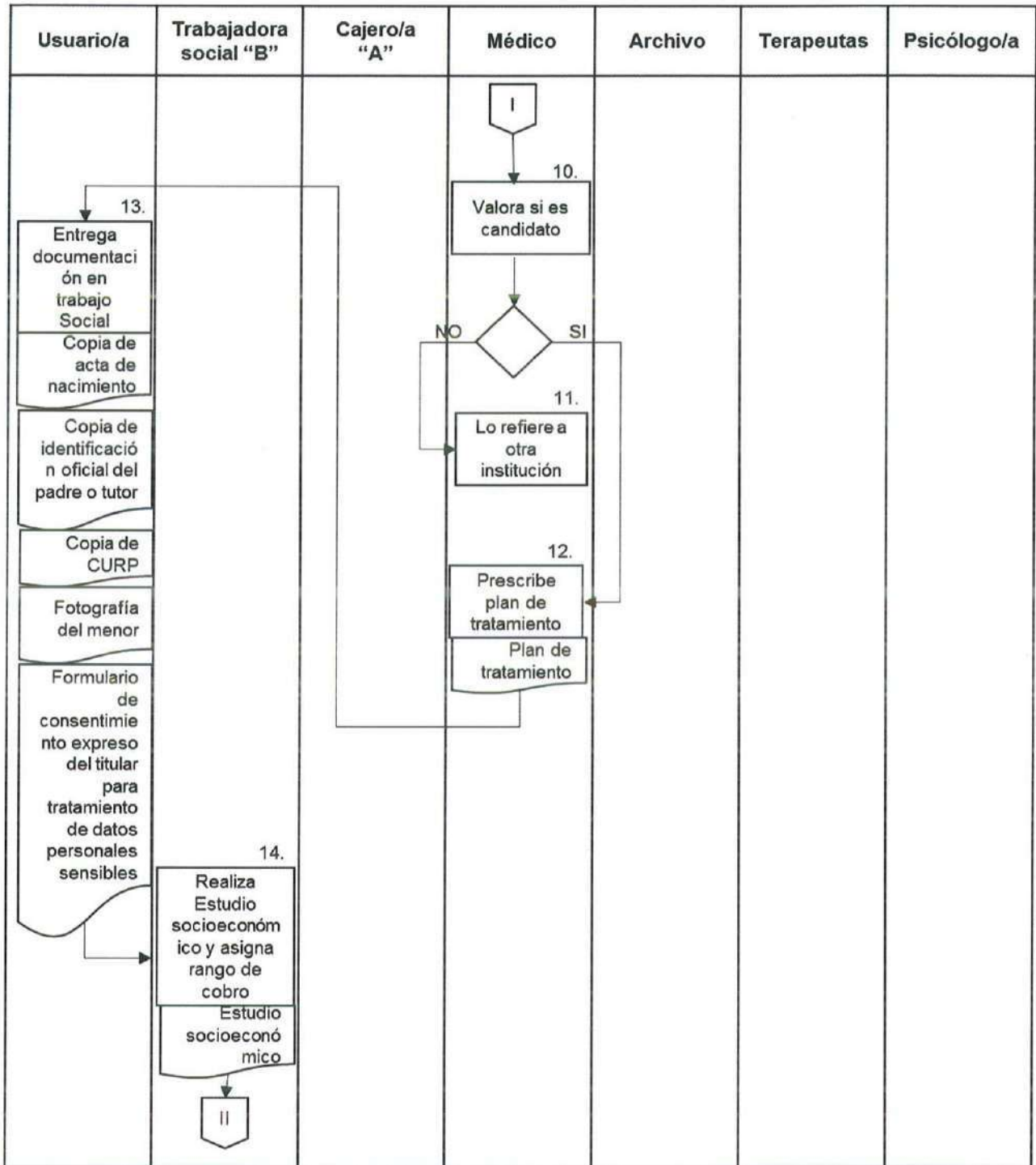


## Diagrama de Flujo DAPDDDR-01



*[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin]*



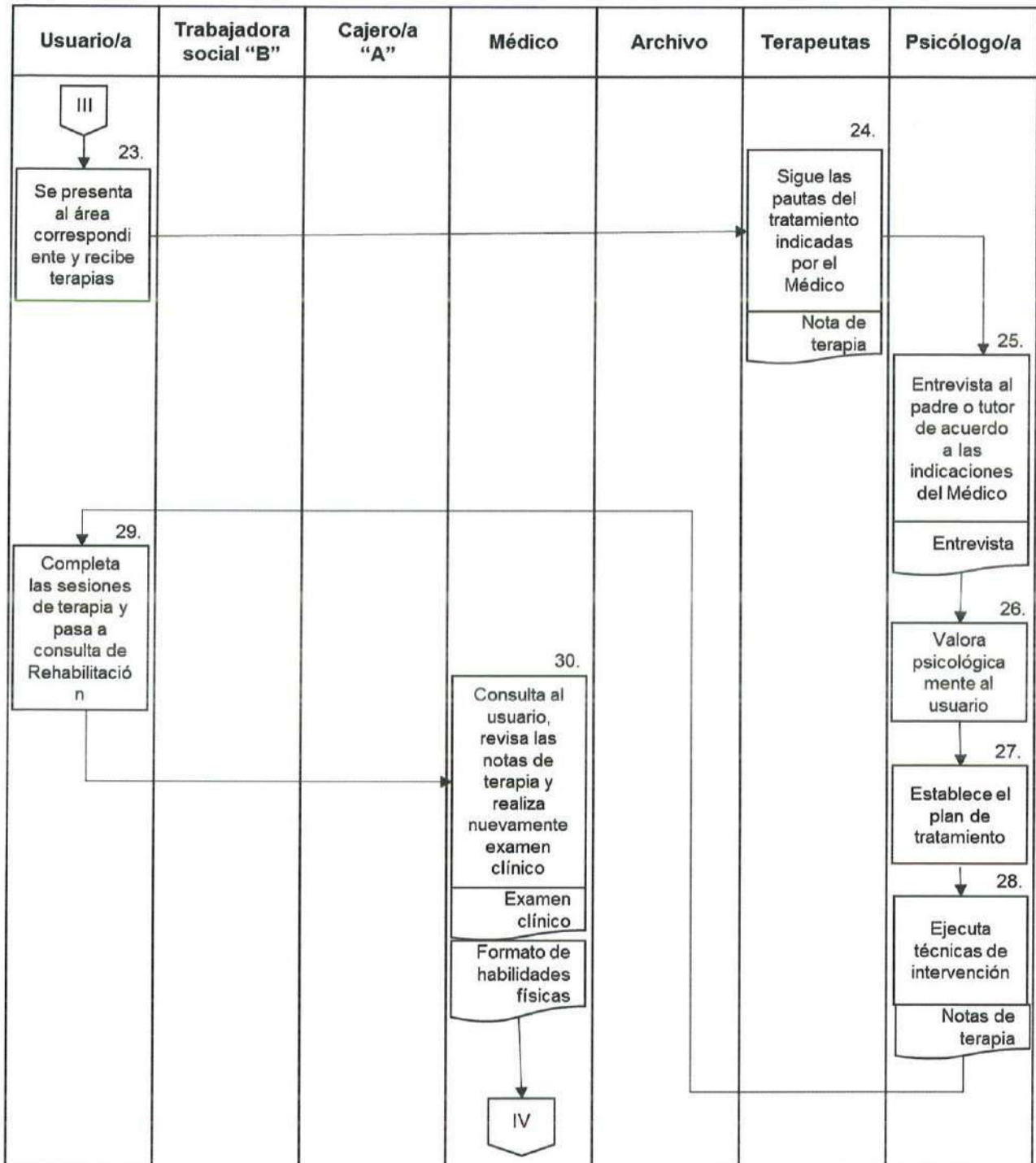


Handwritten signatures and initials on the right side of the page.



Handwritten signature or mark at the bottom right.





*Handwritten signatures and initials in blue ink.*



Usuario/a	Trabajadora social "B"	Cajero/a "A"	Médico	Archivo	Terapeutas	Psicólogo/a	
			<p style="text-align: center;">IV</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">31.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> <p>Valora si requiere más sesiones de terapia, si las requiere continúa en paso 22, si no las requiere es dado de alta y termina procedimiento</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> <p>Nuevo plan de tratamiento o Alta</p> </div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> <p>Fin</p> </div>				

  
 12/01  






## Anexos DAPDDDR-01

### ANEXO I. COMPROBANTE DE SERVICIOS (CRII)

 <b>Críi</b> CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL INFANTIL DIF	<b>FOLIO</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<b>COMPROBANTE DE SERVICIOS</b>	
<b>SERVICIOS</b>	
Fecha: _____ No. de Expediente: _____	
Nombre: _____	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● APERTURA DE EXPEDIENTE ( )</li> <li>● EVALUACIÓN MÉDICA ( )</li> <li>● EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA ( )</li> <li>● CAMBIO DE CARNET ( )</li> <li>● REPOSICIÓN DE CARNET ( )</li> <li>● TERAPIA ( )</li> </ul>	
Nivel Socio-económico: A( ) B( ) C( )	
\$ _____	
_____	
_____	
Nombre y Firma del cajero	CRII-22
 DIF INTEGRANDO FAMILIAS <i>con Amor</i>	

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



**ANEXO II. FORMATO HISTORIA CLÍNICA (CRII)**

<b>DIF</b> Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla		<b>Crii</b>	
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD		CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL INFANTE	
<b>HISTORIA CLÍNICA</b>			
FECHA:		MÉDICO:	
<b>A) FICHA DE IDENTIDAD</b>			
NOMBRE:		EDAD:	SEXO: M ( ) F ( )
ESCOLARIDAD:		DOMICILIO:	
PESO:	TALLA:	TEMPERATURA:	
F. CARDÍACA:	F. RESPIRATORIA:	TA:	
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR:		OCUPACIÓN:	
NOMBRE DE LA MADRE O TUTORA:		OCUPACIÓN:	
INTERROGATORIO: (M) (F)		INFORMÓ:	
<b>B) ANTECEDENTES</b>			
<b>A. HEREDOS FAMILIARES</b>			
ASC. MAT	(V)	(M)	
ABA. MAT	(V)	(M)	
ASC. PAT	(V)	(M)	
ABA. PAT	(V)	(M)	
MADRE	(V)	(M)	
PADRE	(V)	(M)	
OTROS:			
<b>B. PERSONALES NO PATOLÓGICOS:</b>			
<b>C. PERSONALES PATOLÓGICOS:</b>			
<b>D. GINECO-OBSTÉTRICOS:</b>			
MEMORIA A LOS:	AÑOS (CICLOS)	(R)	(B)
EV.S.A.	AÑOS: G	P	C
F.V.R.	F.V.O.C.	F.P.P.	
LEUCORRREA:			
OTROS:			
C.R.I.I.-16			

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



**C) PADECIMIENTO ACTUAL**

**D) EXPLORACIÓN FÍSICA**

**HEBIOS EXTERIORES:**

CRÁNEO:	CARIA:
OUÍDOS:	NARIZ:
OCULOS:	BUCA:
LARINGE:	QUEJIDO:
AP. RESP.:	AP. CARDIOVASCULAR:
ABDOMEN:	GENITALES:
EXTREMIDADES:	PE:
OTRAS ESPECIFICACIONES:	

**E) IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

**F) PLAN Y PRÓXIMA CITA:**

**G) CITAS INTERCONSULTAS Y OTRAS VALORACIONES DE INGRESO**

ESPECIALIDAD	FECHA Y HORA DE CITAS/LUGAR
1. GINECOLOGÍA/PROCTOLOGÍA	
2. CARDIOLOGÍA (LACTANTES)	
3. LABORATORIOS (PROCTÓLOGO DE INGRESO)	
4. PSICOLOGÍA	
5. PSQUIATRÍA	
6. FISIOMATERIA	
7. TAMB. METABÓLICO	
8. ENDOCRINOLOGÍA	
9. OTROS (ESPECIFICAR)	

**ELABORÓ**

NOMBRE:	FECHA:	FIRMA:
---------	--------	--------

C.H.11-19.1

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



**ANEXO III. FORMATO HOJA DE PRE-VALORACIÓN (CRII)**

**HOJA DE PRE-VALORACIÓN**

NOMBRE:		Nº EXPEDIENTE:
EDAD:	SEXO:	
OCCUPACIÓN:		
ENVIADO POR:		
DOMICILIO:		
FECHA:		
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:		
CANALIZACIÓN		
SE SUGIERE VALORACIÓN POR:		
ORTOPEDIA	.....	✓
MEDICINA DE REHABILITACIÓN	.....	✓
COMUNICACIÓN HUMANA	.....	✓
PSIQUIATRÍA	.....	✓
PEDIATRÍA	.....	✓
NEUROLOGÍA	.....	✓
PSICOLOGÍA	.....	✓
ESTOMATOLOGÍA	.....	✓
TRABAJO SOCIAL	.....	✓
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO		

CRII-16

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



**ANEXO IV. FORMATO RESPONSIVA DE TRATAMIENTO (CRII)**

**DIF**  Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla **Crii**   
 DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL INFANTIL

**RESPONSIVA DE TRATAMIENTO**

EL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL INFANTIL (CRII), HACE CONSTAR QUE EL (L.A.) C. \_\_\_\_\_  
 CON DOMICILIO EN \_\_\_\_\_ Y ORIGINARIO  
 (A) DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ AÑOS DE EDAD CON ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_  
 DECLARA:

AL PERSONAL DEL CRII CON DOMICILIO EN ANTIGUO CAMINO A SANTA CLARA OCOYUCAN SIN COLONIA ZAPATA DE SAN ANDRÉS CHOLULA, PUEBLA, QUE DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS PROPIOS DE ESTE CENTRO DE ATENCIÓN ME COMPROMETO Y AUTORIZO QUE AMI HIJO (A) DE NOMBRE \_\_\_\_\_  
 DE \_\_\_\_\_ AÑOS DE EDAD:

1. SEA VALORADO CLÍNICAMENTE POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS: REHABILITACIÓN.
2. DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO SE LE INDICARÁ TRATAMIENTO MÉDICO, TERAPIAS Y CANALIZACIÓN A OTRA DEPENDENCIA SEGÚN EL CASO.
3. ACUDIR PUNTUALMENTE A LAS TERAPIAS ESTABLECIDAS, O EN CASO DE NO PRESENTARSE AVISAR, DESPUÉS DE 3 FALTAS SE LE DARÁ DE BAJA TEMPORAL O DEFINITIVA DEPENDIENDO EL CASO.
4. EN CASO DE UNA URGENCIA SE TRASLADARÁ AL MENOR A OTRA INSTITUCIÓN MÉDICA COMPROMETIÉNDOSE A ASISTIR EN FORMA INMEDIATA EL FAMILIAR.
5. SE DARÁ AVISO A LAS AUTORIDADES CORRESPONDIENTES DE CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE
6. DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN CASO DE PRESENTAR EL RIESGO DE SUBLUXACIÓN, LUXACIÓN, FRACTURA, ETC. EN TERAPIAS SE INFORMARÁ AL TUTOR.
7. DESLINDARE DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD AL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y MÉDICO DE LA INSTITUCIÓN.

H. PUEBLA DE ZARAGOZA A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL 20 \_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE MEDICO RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PADRE O TUTOR


C.R.I.I-17

*[Handwritten signatures]*


*[Handwritten signature]*  
 72



## ANEXO V. FORMATO DE ESTUDIO SOCIO ECONÓMICO (CRII)



**Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla**  
DIRECCIÓN DEL ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD | CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE NIÑOS DE



ESTUDIO SOCIO ECONÓMICO

**1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Fecha: \_\_\_\_\_ R.U.D.: \_\_\_\_\_ Tipo de apoyo: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: Soltero ( ) Casado ( ) Unión libre ( ) Viudo ( )  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: ( F ) ( M ) Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Domicilio actual: \_\_\_\_\_

**2.- ESTRUCTURA FAMILIAR**

NOMBRE	EDAD	PARIENTESCO	ESCOLARIDAD	Ocupación	INGRESOS
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$

**INGRESO MENSUAL**

Padre: \$ \_\_\_\_\_  
 Madre: \$ \_\_\_\_\_  
 Hijos: \$ \_\_\_\_\_  
 Otros: \$ \_\_\_\_\_  
**TOTAL:** \$ \_\_\_\_\_

**EGRESO MENSUAL**

Alimentación: \$ \_\_\_\_\_  
 Renta: \$ \_\_\_\_\_  
 Combustible: \$ \_\_\_\_\_  
 Agua: \$ \_\_\_\_\_  
 Luz: \$ \_\_\_\_\_  
 Transporte: \$ \_\_\_\_\_  
 Otros: \$ \_\_\_\_\_  
**TOTAL:** \$ \_\_\_\_\_

**3.- TIPO DE ALIMENTACIÓN**

En que se basa su alimentación: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Cuántas veces al día consume sus Alimentos? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**4.- TIPO DE VIVIENDA**

Propia ( ) Rentada ( ) Prestada ( ) Casa ( ) Departamento ( ) Cuarto ( )

Paredes: Ladrillo ( ) Adobe ( ) Lamina ( ) Otros ( )  
 Techo: Colado ( ) Lamina ( ) Teja ( ) Vigas ( ) Otros ( )  
 Piso: Lozada ( ) Cemento ( ) Ladrillo ( ) Tierra ( ) Otros ( )

Servicios Públicos con los que cuenta:

Agua Potable ( ) Drenaje ( ) Luz ( ) Pavimento ( )

**5.- MOBILIARIO**

No. Camas ( ) No. Petales ( ) No. Estufa ( ) No. Refrigerador ( )  
 No. Lavadora ( ) No. Licuadora ( ) No. Televisor ( ) No. Radio ( )

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



**ESTUDIO SOCIO ECONÓMICO**

**DX. SOCIAL:**

---

---

---

---

**PLAN SOCIAL Y TRATAMIENTO:**

---

---

---

---

**OBSERVACIONES:**

---

---

---

---

La información que estoy proporcionando es verídica, sin tener inconveniente que sea corroborada en cualquier momento.

Nombre

Firma

Parentesco

Firma Trabajo Social

DS-12.1



**ANEXO VI. CARNET DE CITAS (CRII)  
EXTERIOR**

<p style="text-align: center;"><b>REGLAMENTO</b></p> <p style="text-align: center;"><small>REGLAMENTO DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL INFANTIL (CRII) DEL SISTEMA ESTATAL DIF</small></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El CRII atiende a niños y niñas de 0 a 17 años 11 meses, por lo que no se atenderá a personas de otras edades.</li> <li>2. Para poder iniciar o continuar con las terapias es indispensable la valoración del especialista en rehabilitación.</li> <li>3. Después de pasar a consulta de rehabilitación, se debe agendar una nueva cita.</li> <li>4. Asistir puntualmente a sus terapias y consultas llegando 15 minutos antes.</li> <li>5. 3 faltas consecutivas son causa de baja temporal, independientemente del número de sesiones programadas en el lapso que el médico de rehabilitación indique.</li> <li>6. Es necesario que antes de pasar a sus terapias pague en caja y solo los servicios que se le dan ese día, presentando su carnet de citas.</li> <li>7. Tu hijo deberá presentarse bien aseado, con las uñas cortadas, pañal limpio, y con ropa cómoda para recibir sus terapias. Si presenta alguna enfermedad infecciosa (gripe, tos, varicela) no podrá asistir a terapia hasta ser autorizado por el médico de esta institución.</li> <li>8. El cambio de pañal sólo se podrá realizar en los baños. Está prohibido hacerlo en cualquier otra área.</li> <li>9. A la terapia solamente podrá pasar el paciente y un acompañante si el terapeuta lo solicita, prohibido entrar a terapias con hermanos.</li> </ol> <p><b>Por favor respetar a los niños del albergue no dándoles de comer ni dinero y respetando sus áreas verdes y de juego. Esta es su casa.</b></p> <p style="text-align: center;">_____ FIRMA DEL PADRE O TUTOR</p>	<div style="text-align: center;">   <b>Crü</b>  <small>CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL INFANTIL DIF</small> </div> <p style="text-align: center;"><b>CARNET DE CITAS</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL INFANTIL DIF</b></p> <p>Nombre del paciente: _____</p> <p>Edad: _____ Localidad: _____</p> <p>N° de Expediente: _____</p> <p>Nivel Socioeconómico: _____ Fecha: _____</p> <p style="text-align: center;">_____ <b>Nombre y firma Trabajadora Social</b></p> <p style="text-align: center;"><small>Antigua Camino a Sta. Clara Ocoyucan S/N Col. Embalse Zapata, San Andrés Cholula, Puebla Tels.: 01 (222) 284.25.70 al 75</small></p> <p style="text-align: right;"><small>CRII-18</small></p> <div style="text-align: right;">   <small>INTEGRANDO FAMILIAS con Amor</small> </div>
--	--

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*





**ANEXO VII. FORMATO DE NOTAS DE TERÁPIA**

 Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla <small>DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD   CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE ANÁLISIS DE</small>		
NOTAS DE TERÁPIA		
FECHA	NOTAS DE TERÁPIA FÍSICA ( ) OCUPACIONAL ( ) LENGUAJE ( )	

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

CHIL-20



## Procedimiento DAPDDDR-02

### Centro de Tecnología Adaptada (CTA) de la DAPD

Tiempo Promedio: 30 minutos

Elabora:	Valida:	Autoriza:
		
Lisette Rojas Uribe LRU (DDR) Junio 2018	Lisette Rojas Uribe LRU (DDR) Junio 2018	Lizbeth Gómez Calderón LGC (DAPD) Junio 2018

<b>Objetivo</b>	Otorgar terapias Cognitivas a través de software especializados acorde a las necesidades terapéuticas, de los usuarios en apoyo a su rehabilitación integral, hacia su inclusión plena en los aspectos de integración escolar, laboral y social, atendiendo a los 217 municipios del Estado de Puebla.
<b>Normas y Políticas de Operación</b>	Reglamento Interior de la Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla / NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.
<b>Responsables</b>	Departamento de Diagnóstico y Rehabilitación
<b>Áreas Involucradas</b>	Centro de Tecnología Adaptada
<b>Recursos</b>	