

Normas y Políticas de Operación DAPDDDR-02

1. Son candidatos a recibir el servicio personas de 4 años en adelante que presenten daño cognitivo.
2. Solicitar en el área administrativa del Centro de Tecnología Adaptada cita para Entrevista Inicial.
3. Para la Entrevista inicial, se deberán cubrir los siguientes pasos para recibir el servicio:
 - a) El cobro de la cuota correspondiente de acuerdo a lo establecido en la ley de ingresos del estado.
 - b) Llenar el estudio socioeconómico y la encuesta de la Secretaría de Salud.
 - c) El Personal que realiza la entrevista inicial deberá llenar el Historial del paciente en una sesión máxima de 60 minutos.
 - d) El paciente deberá solicitar la cita para la evaluación Médica en el área administrativa del CTA.
4. Para la Evaluación médica, se deberán cubrir los siguientes pasos:
 - a) El cobro de la cuota correspondiente de acuerdo a lo establecido en la ley de ingresos del estado.
 - b) Realizar la evaluación médica del paciente y llenar el Historial clínico para el expediente.
 - c) Se programará cita para realizar la Evaluación Neuropsicológica, la cual tendrá una cuota de acuerdo a la Ley de Ingresos Estatales y en base al estudio socioeconómico realizado.
 - d) El responsable médico revisará el resultado del Diagnóstico neuropsicológico para determinar los candidatos para el servicio de terapia.
5. Para la realización de las Evaluaciones Neuropsicológicas se deberán cubrir los siguientes pasos:
 - a) El cobro de la cuota correspondiente de acuerdo a lo establecido en la ley de ingresos del estado.
 - b) Realizar pruebas neuropsicológicas.
 - c) Solicitar cita en el área administrativa del CTA para entrega de resultados.
6. Entrega de resultados, se realizan los siguientes pasos:
 - a) Diagnóstico neuropsicológico.
 - b) Se realiza plan de trabajo para el paciente.
 - c) Se determina si el paciente es candidato para recibir terapias.

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]



7. Para tener derecho a los servicios del CTA los pacientes deberán entregar la siguiente documentación al área administrativa del CTA y quedar completo el expediente. .
- Copia de acta de nacimiento del paciente.
 - Copia de IFE del padre, tutor o responsable del paciente.
 - Copia de comprobante de domicilio.
 - Dos fotografías del paciente tamaño infantil.

Como requisito se solicita al familiar responsable firmar el Formulario de consentimiento expreso del titular para el tratamiento de datos personales sensibles.

8. Para tener derecho a las terapias, el solicitante deberá:
- Pagar la cuota correspondiente de acuerdo a la Ley de Ingresos del Estado vigente.
 - Agendar cita de próxima sesión misma que se anotará en el carnet de citas expedido por el SEDIF a personas que son sujetas de ser beneficiadas por el CTA.
 - Las terapias tendrán una duración de 60 minutos.

9. Alta por mejoría, se realizan los siguientes pasos:
- Elaborar documento de alta.
 - Firma de conformidad del padre, tutor o responsable del paciente.

10. Cumplir con reglamento interno del Centro de Tecnología Adaptada.

11. El área administrativa del C.T.A. debe realizar depósito de los ingresos a Institución Bancaria

- El personal administrativo del CTA elabora la referencia bancaria en el portal de recaudación en línea de la Secretaría de Finanzas del Estado de Puebla en base a los ingresos correspondientes de cada quincena.
- El personal administrativo del CTA realiza el depósito en las instituciones bancarias establecidas por la Secretaría de Finanzas del Estado de Puebla.
- El personal administrativo entrega al Departamento de Finanzas del SEDIF el comprobante de pago y el listado de ingresos correspondiente.

NOTA: El número de sesiones de evaluaciones médicas, neuropsicológica, terapias y el tiempo en que se da el alta por mejoría dependen de cada paciente.



Descripción del Procedimiento DAPDDDR-02

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento		
Usuario/a	1. Asiste al C.T.A. a solicitar terapias.	
Asistente Administrativo	2. Cita para entrevista inicial.	.
	3. Cobra la entrevista inicial.	Comprobante de servicios
	4. Llena formatos y recaba firma	Formatos de: 1. Estudio socioeconómico. 2. Encuesta de la Secretaría de Salud. 3. Consentimiento expreso del titular para el tratamiento de datos personales sensibles.
	5. Abre expediente.	Expediente
Neuropsicólogo (a)	6. Realiza el historial del usuario.	Ficha de identificación General
Asistente Administrativo	7. Agenda cita para evaluación médica.	
	8. Cobra cuota correspondiente a evaluación médica.	Comprobante de pago
Médico	9. Consulta al usuario	Exploración médica

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Continúa Procedimiento		
Asistente Administrativo	10. Agenda cita para evaluación neuropsicológica.	
	11. Cobra la cuota correspondiente a evaluación.	Comprobante de pago
Neuropsicólogo (a)	12. Aplica diferentes pruebas para determinar el desarrollo y/o deterioro de las funciones psicológicas (este paso se realiza en 2-3 sesiones que dependen de cada paciente)	Pruebas Neuropsicológicas
Asistente Administrativo	13. Agenda cita para entrega de resultados (de la última evaluación neuropsicológica, en estos se entrega después de 3 a 4 semanas.)	Carnet de citas
Neuropsicólogo (a)	14. Entrega de resultados del diagnóstico neuropsicológico y plan de trabajo y determina si el paciente es candidato a recibir terapias	Reporte de la Evaluación Neuropsicológica
Usuario/a	15. Firma evaluación	Evaluación Neuropsicológica
	16. Ingresar al C.T.A. y tendrá que firmar el padre o tutor o responsable del paciente los documentos de ingreso así como entrega de documentos personales	Responsiva de tratamiento Reglamento del C.T.A.

Handwritten notes and signatures in blue ink on the right margin.

Handwritten signature in blue ink at the bottom right.



Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Continúa Procedimiento		
Usuario/a	17. Entrega documentación solicitada al área administrativa para tener expediente completo.	Expediente: (Copias de acta de nacimiento del paciente, comprobante de domicilio, identificación oficial del padre o tutor, 2 fotografías tamaño infantil del paciente.
Asistente Administrativo	18. Agenda y entrega carnet de citas con los datos del paciente y fotografía.	Carnet de citas
	19. Cobra la cuota correspondiente	Comprobante de pago.
Neuropsicólogo (a) y Terapeutas	20. Brinda terapias a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico (De lenguaje, neuropsicológica, neuromotriz y estimulación multisensorial, cognitiva)	
	21. Elabora la nota clínica del paciente.	Notas clínicas del expediente.
Usuario/a	22. Firma de conformidad	Alta por mejoría
Asistente Administrativo	23. Archiva expediente	Expediente
Fin del Procedimiento		

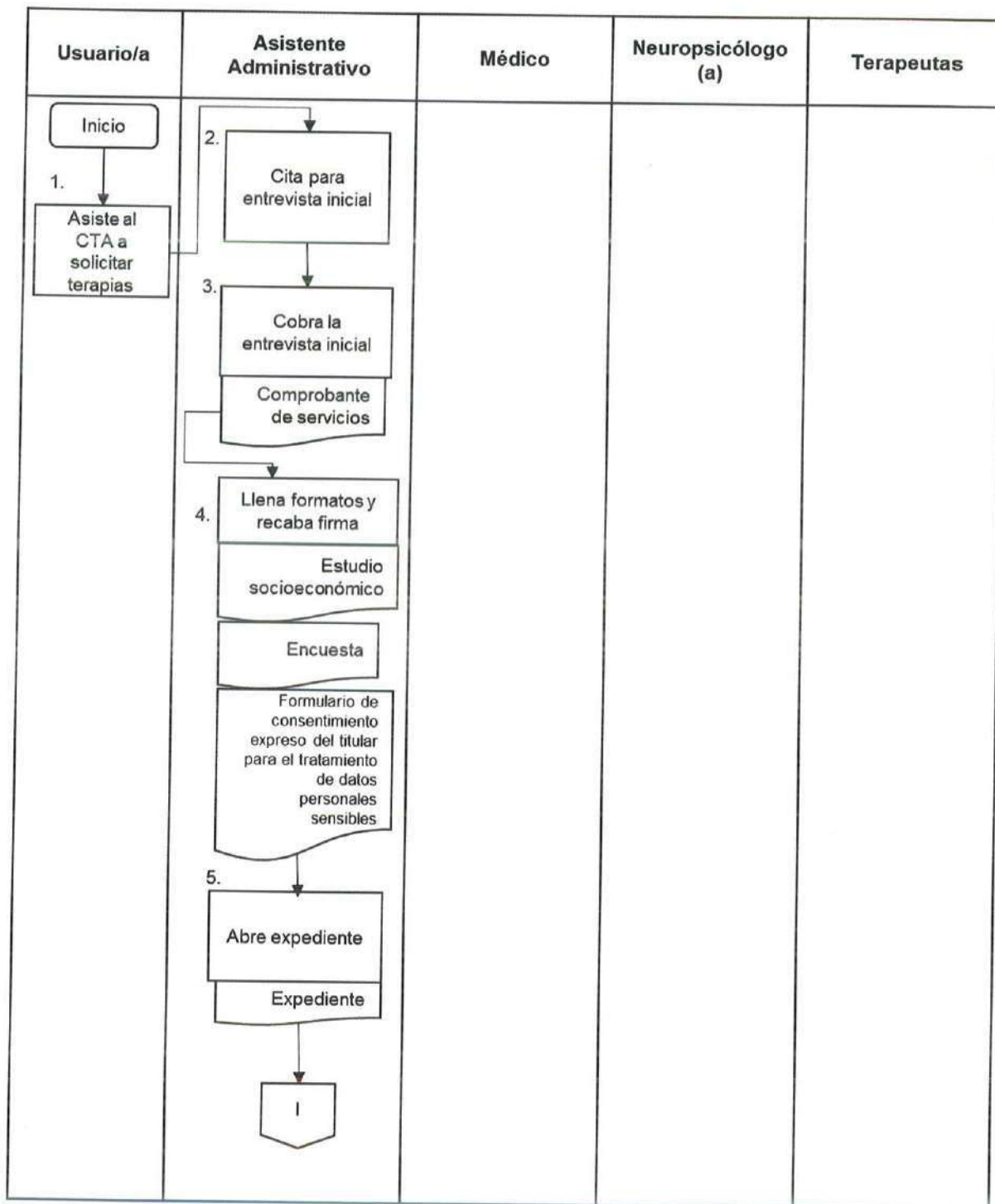
1205

J
B

8

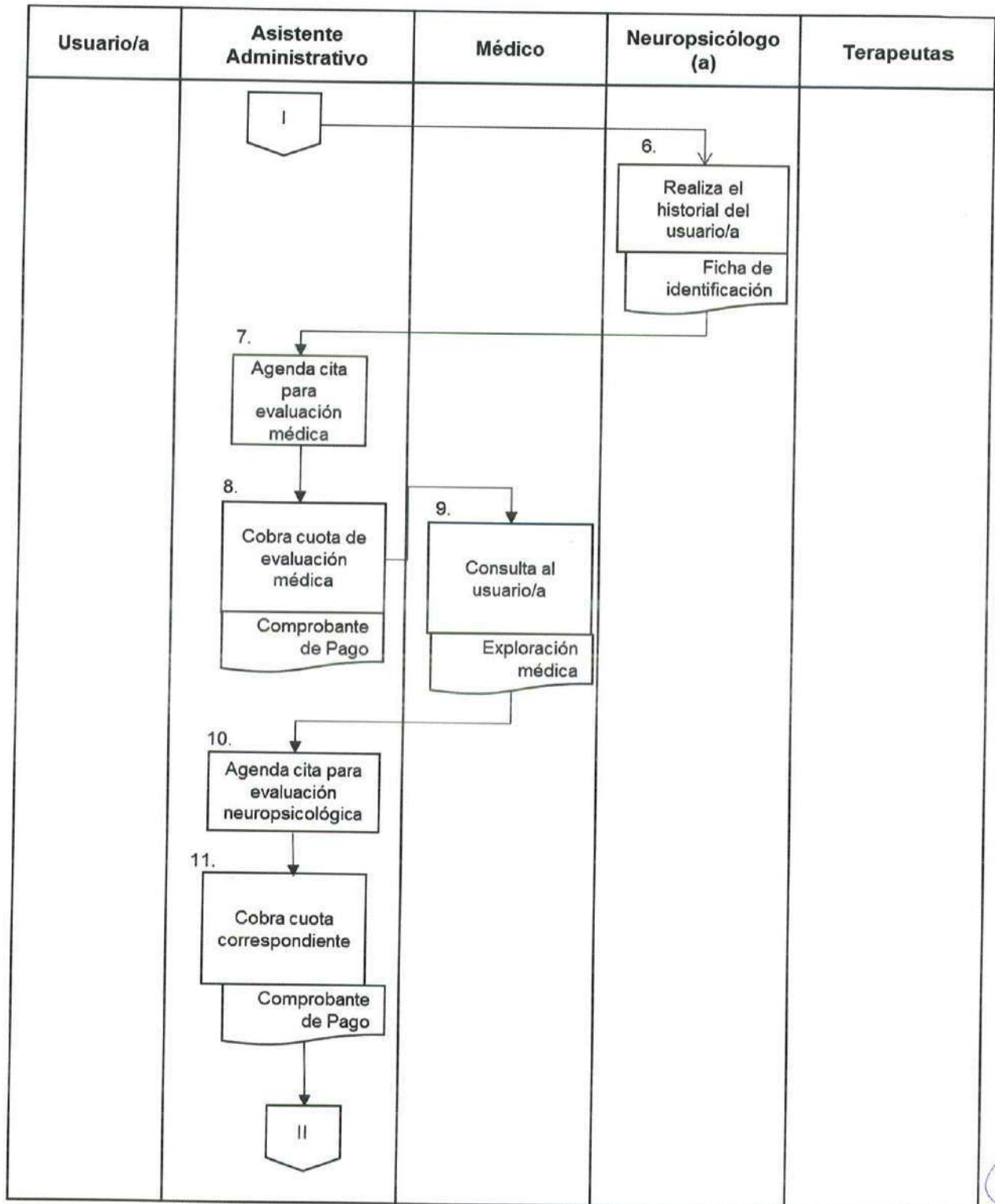


Diagrama de Flujo DAPDDDR-02



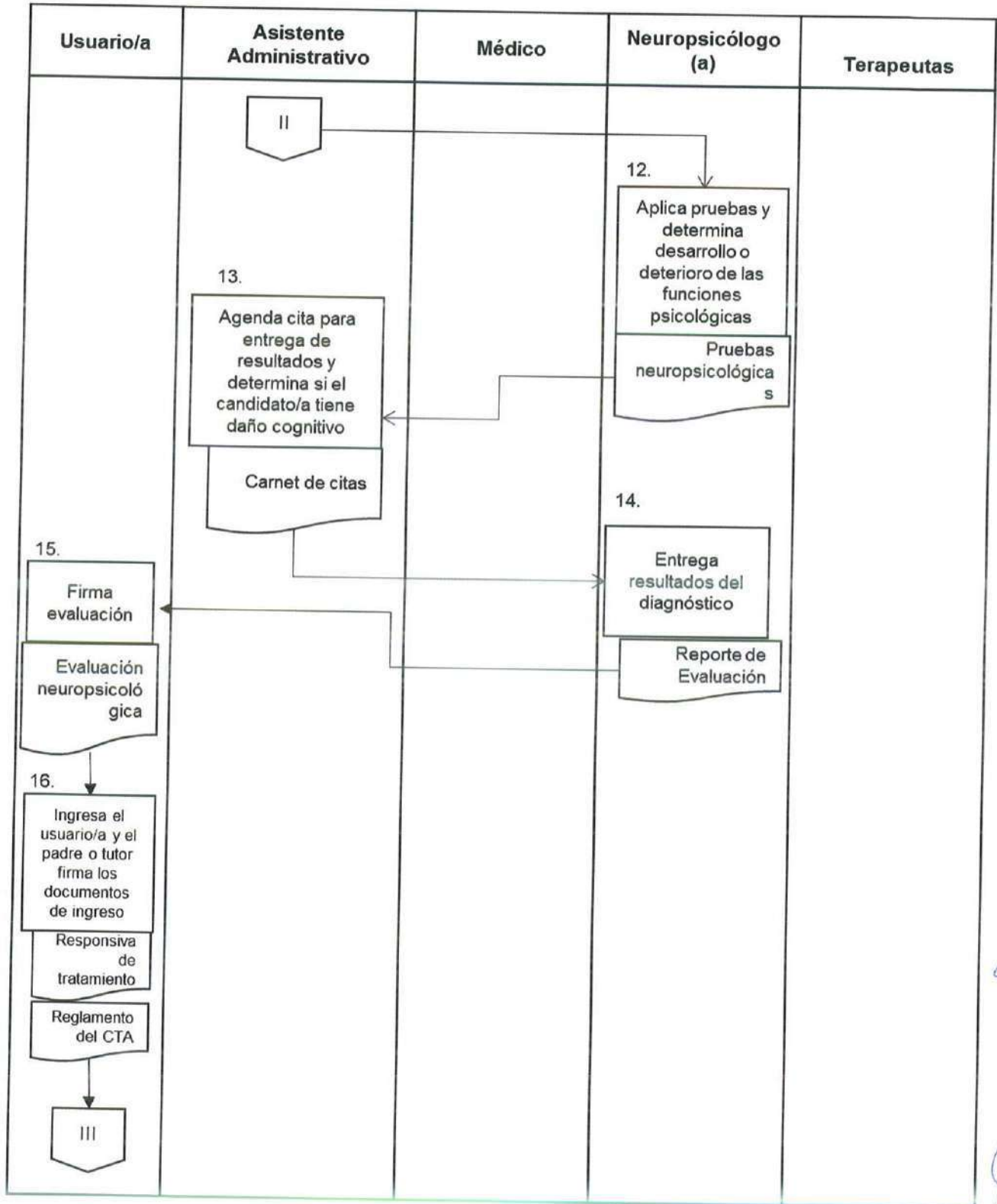
Handwritten signature





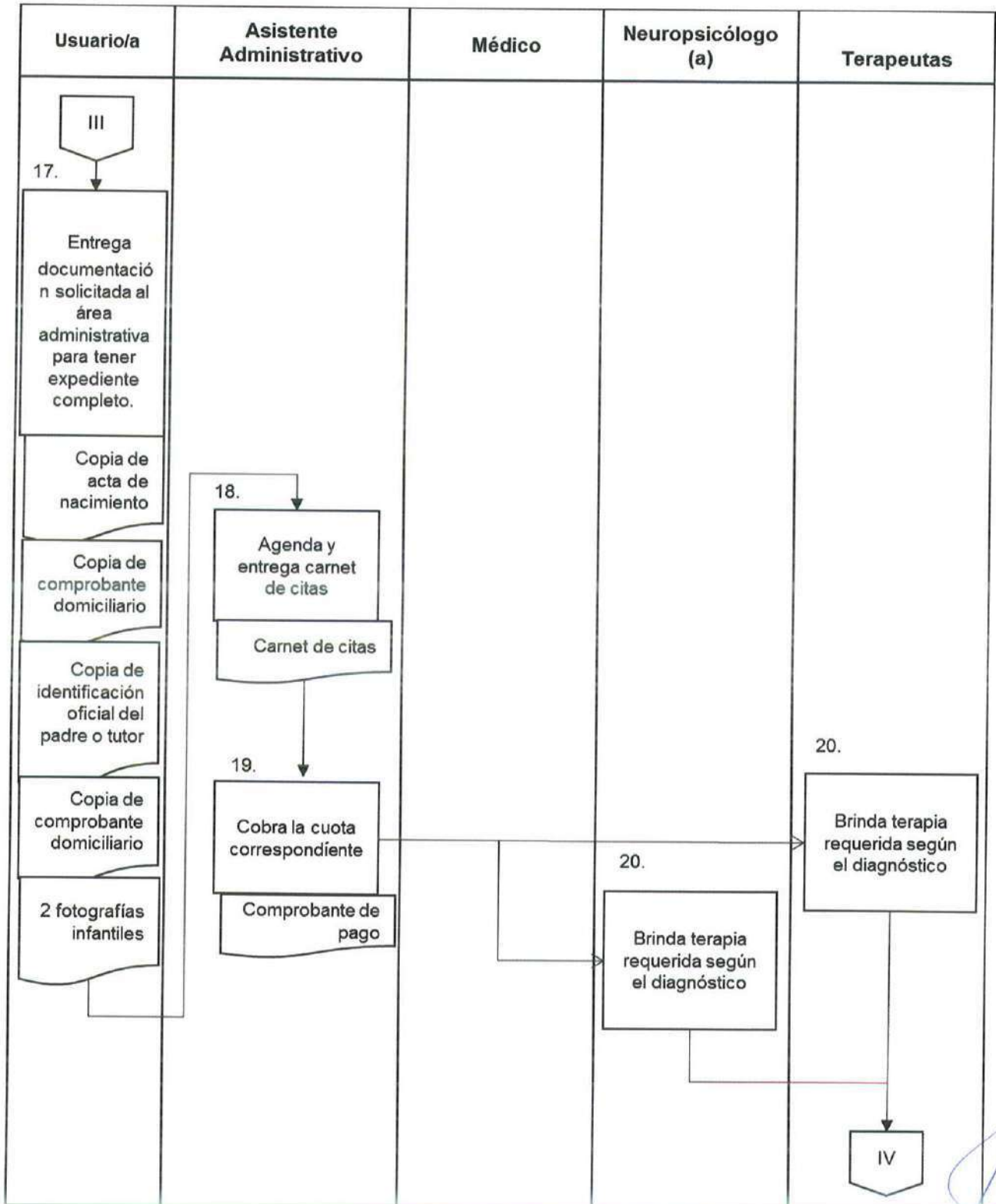
11007
f
B
S





Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin.



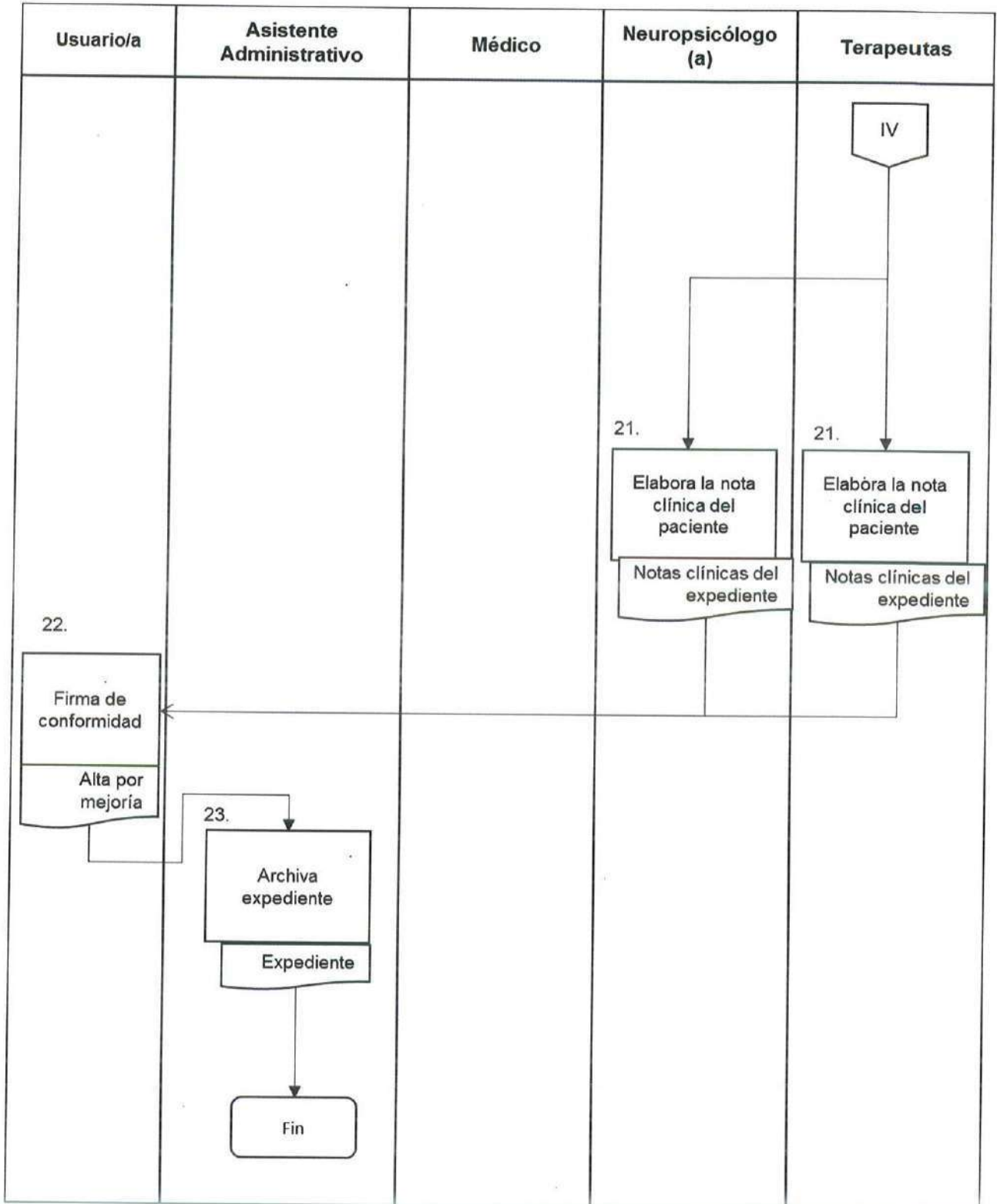


MT

3

8







Handwritten signatures and initials on the right margin.



Anexos DAPDDDR-02

ANEXO I. FORMATO DE COMPROBANTE DE SERVICIOS

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


TEST

J
B

89



ANEXO II. FORMATO DE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO



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

EMISIÓN 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	INVENTESCO	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. Pósters () No. Estufa () No. Refrigerador ()

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

P.C.D.-21

1001
L
B

90



ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

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

Calle 5 de Mayo 1696-Centro Histórico,
C.Militar de San Juan de Dios, C.P. 72000,
Hacienda Puebla de Zaragoza, Puebla.
(21) 279 6200
dificomuni@puebla.gob.mx

P.C.D.-21.1

[Handwritten signatures and initials on the right margin]



ANEXO III. 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

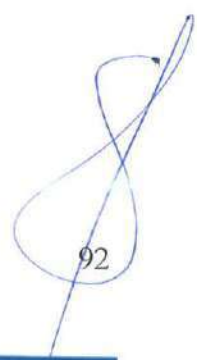
Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para los que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

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		
Para llenado exclusivo del responsable del Sistema de Datos Personales:		
10. DENOMINACIÓN DEL SISTEMA DE DATOS PERSONALES:		
Sistema de Datos Personales del Centro de Tecnología Adaptada (CTA)		
11. SUJETO OBLIGADO:		
Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla		
Para llenado exclusivo del titular de los datos personales:		
12. DATOS DEL TITULAR*:		
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, 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 lo consienta expresamente el titular o tenga fines estadísticos, científicos o históricos, siempre y cuando se hubiera realizado previamente el procedimiento de identificación, que es el proceso por el cual se desdramatiza o eliminan algunos datos para evitar que se identifique al titular.



ANEXO IV. FORMATO FICHA DE IDENTIFICACIÓN GENERAL

DIF 		Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla		DIF 		CENTRO de TECNOLOGIA ADAPTADA	
FICHA DE IDENTIFICACIÓN GENERAL							
No. Expediente: _____				Fecha: _____			
Nombre: _____		_____		_____		_____	
<i>Ap. Paterno</i>		<i>Ap. Materna</i>		<i>Nombre(s)</i>			
Edad: _____		Sexo: _____		Fecha de Nac.: _____		_____	
				<i>Dd/mm/aaaa</i>			
Escolaridad: _____				Lugar de estudios: _____			
Ocupación: _____				Idioma: _____			
Estado civil: _____		Soltero _____		Casado _____		Divorciado _____	
						Viudo _____	
Lugar de nacimiento: _____				Lateralidad: _____			
Dirección actual: _____							
Calle y número				Colonia o Localidad			
Municipio				Código Postal			
En caso de ser menor de edad o persona afectada de sus facultades, anotar el nombre del padre, tutor o acompañante responsable: _____ Parentesco: _____ Domicilio actual: _____ Teléfono particular: _____ Celular: _____							
MOTIVO DE CONSULTA _____							

Persona que aporta la información: _____							
Fecha de solicitud: _____				Nombre de quien canaliza: _____			
Institución a la que pertenece: _____							
Entrevistador: _____							
PCB-AM							

1001

J.B.

[Signature]





Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla
INSTITUTO DE SERVICIOS ALTERNOS CON OCUPACIONAL | ESTABLECIMIENTO DE DIAGNÓSTICO Y TERAPIA A NIÑOS



**CENTRO de
 TECNOLOGÍA
 ADAPTADA**

HISTORIA CLÍNICA

A. INTERROGATORIO: _____ Directo _____ Indirecto

B. DATOS FAMILIARES

SOLO EN CASO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Nombre del padre: _____	Edad: _____
Escolaridad: _____	Ocupación: _____
Nombre de la madre: _____	Edad: _____
Escolaridad: _____	Ocupación: _____

Hermanos:	Edad:	Escolaridad:	Ocupación:
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

SOLO EN CASO DE ADULTOS

Nombre de la esposo(a)/concubino(a): _____	Edad: _____
Escolaridad: _____	Ocupación: _____
Nombre de los hijos:	Edad: Escolaridad: Ocupación:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

C. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

Metabólicos y nutricionales _____	Psiquiátricos _____
Cardiovasculares _____	Neurológicos _____
Alérgicos _____	Zurdos/Ambidiestros: _____
Oncológicos _____	Otros: _____
Quirúrgicos _____	Observaciones: _____
Traumáticos _____	

D. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Alcoholismo _____	Toxicomanias _____
Tabaquismo _____	Otros: _____
Observaciones: _____	

PEB-44.1

Handwritten signatures and initials in blue ink.





Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla
 DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD | ESTABLECIMIENTO DE DIAGNÓSTICO Y TERAPIA A NIMON



**CENTRO de
 TECNOLOGÍA
 ADAPTADA**

E. INMUNIZACIONES

Esquema completo Cartilla

Observaciones: _____

F. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Metabólicos y nutricionales _____	Psiquiátricos _____
Cardiovasculares _____	Neurológicos _____
Alérgicos _____	_____
Oncológicos _____	Otros: _____
Quirúrgicos _____	Observaciones: _____
Traumáticos _____	_____

G. ANTECEDENTES HEREDO-GINECO-OBSTÉTRICOS

(Solo en caso de que el paciente sea mujer)

Menarca: _____	Ritmo: Regular _____ Irregular _____
FUR (Fecha de última regla) _____	Vida sexual activa Si _____ No _____ Embarazos
Gesta: _____	Abortos Si _____ No _____
Para: _____	Espontáneo _____ Inducido _____
Óbitos _____	Cesáreas Si _____ No _____
Fecha de último parto: _____	¿Complicaciones, Cuáles? _____

APLICAR SOLO EN CASO DE QUE EL PACIENTE SEA MENOR

H. ANTECEDENTES PERINATALES

Embarazo	
Planeado: Si _____ No _____	Número de gesta: _____
Control médico: Si _____ No _____	Abortos: Si _____ No _____
Complicaciones durante el embarazo: _____	Si _____ No _____
1er. Trim _____ 2do. Trim _____ 3er. Trim _____	
Medicamentos: _____	Tabaco y alcohol: _____
Situación emocional: _____	
Observaciones: _____	
Parto	
Parto: _____	Término _____ Prematuro: _____
Condiciones del parto: Vaginal _____	Cesárea _____
Trabajo de parto: _____	Anestesia: _____
Complicaciones: Si _____ No _____	Lloro al nacer: Si _____ No _____
¿Quién la atendió? Ginecólogo _____	Médico Graf _____ Partera: _____
Otro: _____	Incubadora: Si _____ No _____
¿Dónde se atendió? SSA _____ ISSSTE _____ ISSSTEP _____ CRUZ ROJA _____	
	IMSS _____ IMSS SOLIDARIDAD _____
	HOSPITAL MILITAR _____ PARTICULAR _____
Peso al nacer: _____	Apgar: _____
Talla al nacer: _____	Silverman: _____
Coloración al nacer: Normal _____ Cianótico _____ Ictérico _____	

95.01.02

Handwritten notes and signatures on the right margin.





Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla
 DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD EL FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS Y FERRUTERÍA MECÁNICA



**CENTRO de
 TECNOLOGÍA
 ADAPTADA**

I. ANTECEDENTES POSTNATALES

Lactancia Materna: Si _____ No _____ Ablactación: _____
 Control de esfínteres: Diurno: _____ Nocturno: _____
 Observaciones: _____
 Complicaciones de salud (Especificar): _____

Caidas, golpes, accidentes, convulsiones, infecciones, problemas de audición, etc. _____

J. DESARROLLO PSICOMOTOR

¿A qué edad presentó...?

Control cefálico: _____ Control de tronco: _____
 Bipedestación: _____ Gateo: _____
 Marcha autónoma: _____ Subir escaleras: _____
 Correr: _____ Saltar: _____
 Complicaciones: _____

K. DESARROLLO DE LENGUAJE

¿A qué edad presentó...?

Baluceo: _____ Intención comunicativa: _____
 Primeras palabras: _____ Primera frase/oración: _____
 Dificultad para pronunciar algún fonema: Si _____ No _____ ¿Cuáles? _____
 Comprende frases e instrucciones: Si _____ No _____ Especificar: _____
 Observaciones: _____

L. HISTORIA ESCOLAR

Maternal: Si _____ No _____ Duración: _____ Cambios: _____
 Preescolar: Si _____ No _____ Duración: _____ Cambios: _____
 Primaria Edad de ingreso: _____ Cambios de colegio: Si _____ No _____
 Secundaria Edad de ingreso: _____ Motivo del cambio: _____
 Otros estudios Edad de ingreso: _____ Periodo del cambio: _____
 Le agrada al niño su escuela actual: _____
 Repetición de grados escolares: _____
 Materias o actividades que se le faciliten: _____
 Materias o actividades que se le dificulten: _____
 ¿El menor se da cuenta de sus dificultades? _____
 Comentarios de los maestros: _____
 ¿El menor realiza su tarea solo o con ayuda? _____
 Relación con sus compañeros: _____
 Relación con sus maestros: _____

PEB-043

Handwritten signatures and initials on the right margin.



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla
 DIRECCIÓN DE ASISTENCIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD | DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN Y FORTALECIMIENTO



**CENTRO de
 TECNOLOGÍA
 ADAPTADA**

APLICAR A NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS

M. ALIMENTACIÓN, HÁBITOS E HIGIENE

Alimentación

Desayuno (Horario): _____ Buena _____ Regular _____ Mala _____
 Comida (Horario): _____ Buena _____ Regular _____ Mala _____
 Cena (Horario): _____ Buena _____ Regular _____ Mala _____
 ¿Qué es lo que más le gusta comer? : _____

Hábitos de Higiene

Baño: Diario _____ Cada tres días _____ Semanal _____ Otro: _____
 Aseo dental: Tres veces al día _____ Una vez al día _____ Otro: _____
 Aliento personal: Adecuado _____ Inadecuado _____
 ¿Se viste solo? Sí _____ No _____
 Observaciones: _____

Hábitos de Sueño

¿Cuántas horas duerme por la noche? _____
 ¿Duerme en el día?: Sí _____ No _____ Periodo de tiempo: _____
 ¿Sufre de pesadillas nocturnas? _____
 ¿Sufre de insomnio? _____
 Observaciones: _____

N. ESFERA FAMILIAR

Dinámica familiar: Funcional: _____ Disfuncional: _____
 Separación de los padres/esposos: Sí _____ No _____
 Relación entre los padres/esposo(a): Buena _____ Mala _____ Regular: _____
 Relación entre los hermanos/hijos: Buena _____ Mala _____ Regular: _____
 Miembros que viven en la misma casa: _____
 Figura de autoridad: _____
 ¿Existen reglas y normas en casa? _____
 Principales responsabilidades del paciente: _____
 Observaciones (Otras particularidades): _____

O. INTERESES PERSONALES

Televisión _____
 Computadora _____
 Videojuegos _____
 Música _____
 Lectura _____
 Deportes _____
 Amigos _____
 Tiempo libre _____
 Observaciones: _____

PS.D-44A

Handwritten notes and signatures in blue ink on the right margin.



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla
SECRETARÍA DE ESTADO DE PUEBLA
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL Y PARTICIPACIÓN CÍVIL
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA



CENTRO de
TECNOLOGÍA
ADAPTADA

P. GENOGRAMA FAMILIAR (DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA)

- Mujer
- Hombre
- ◉ Paciente identificado
- Unión
- - - Unión difusa
- ≡ Unión estrecha
- ≡≡ Sobrevinculación

Simbología:

- ⚡ Conflicto
- / Separación
- # Divorcio
- ☒ ☓ Muerte
- ◆ Aborto (indefinido)
- ■ Aborto (definido)
- ^ Gemelos

Otras particularidades y observaciones:

P.C.D. 168

Handwritten notes:
1007
J
B

Handwritten signature:





Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla
PREVENCIÓN DEL RIESGO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD | ESTABLECIMIENTO DE DIAGNÓSTICO Y TERAPIAS SOCIALES



**CENTRO de
 TECNOLOGÍA
 ADAPTADA**

EXPLORACIÓN MÉDICA

Q. INTERROGATORIO POR SISTEMAS

Nervioso:	_____
Respiratorio:	_____
Cardiovascular:	_____
Digestivo:	_____
Genito – Urinario:	_____
Dermatológico:	_____
Endócrino:	_____
Órganos de los sentidos:	_____
Músculo esquelético:	_____
Sin datos patológicos (SDP):	_____

R. SOMATOMETRÍA

Peso: _____ kg.	Talla: _____ cm.
-----------------	------------------

S. SIGNOS VITALES

Presión arterial: _____ / _____ MM/HG	Frecuencia Respiratoria: _____ x min.
Pulso: _____ x min.	Temperatura: _____ °C

T. INSPECCIÓN GENERAL

Biotipo: Longilíneo _____ Brevilíneo _____ Normolíneo _____
 Constitución íntegra: _____ Malformación: _____ ¿Cuáles?: _____
 Observaciones: _____

MARCHA

Independiente _____ Asistencia _____ Ayuda _____
 Descripción y observaciones: _____

POSTURA

Descripción y observaciones: _____

CABEZA Y CUELLO

Inspección: _____
 Palpitación: _____
 Arcos de movilidad: _____
 Tono muscular: _____
 Sensibilidad: _____
 Examen clínico muscular: _____
 Sin datos patológicos (SDP): _____

PARES CRANEALES

I. Olfaterio: _____	VI. Facial: _____
II. Óptico: _____	VIII. Estado Acústico: _____
III. Motor ocular común: _____	IX. Glossofaríngeo: _____
IV. Patético: _____	X. Neumogástrico o Vago: _____
V. Trigémino: _____	XI. Espinal: _____
VI. Motor ocular externo: _____	XII. Hipogloso: _____

Observaciones: _____

FOLIO 948

[Handwritten signatures and initials in blue ink]





Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla
INSTITUTO PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD | ESTABLECIMIENTO DE COMPLEJOS Y SERVICIOS A PERSONAS



CENTRO de
TECNOLOGÍA
ADAPTADA

TORAX

Inspección: _____
 Palpación: _____
 Arcos de Movilidad: _____
 Sensibilidad: _____
 Examen clínico muscular: _____
 Tono muscular: _____
 Sin datos patológicos (SDP): _____
 Observaciones: _____

EXTREMIDADES

Actitud: _____
 Arcos de Movilidad: _____
 Tono muscular: _____
 Reflejos: _____
 Examen clínico muscular: _____
 Reflejos patológicos: _____
 Sin datos patológicos (SDP): _____
 Observaciones: _____

GENITALES

Observaciones: _____

U. VALORACIÓN FUNCIONAL (ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA HUMANA)

V. OTROS

PCB-043

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



ANEXO V. FORMATO HOJA DE INTERCONSULTA

DIF	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla	DIF	CENTRO de TECNOLOGIA ADAPTADA
HOJA DE INTERCONSULTA			
A. MOTIVO DE CONSULTA			
<hr/> <hr/> <hr/>			
B. NOMBRE Y ESPECIALIDAD DEL MÉDICO QUE CANALIZA AL PACIENTE			
Nombre del Médico (Especialista): _____ Especialidad: _____			
C. OBSERVACIONES			
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
D. SE SUGIERE PARA INGRESAR A LOS SERVICIOS DE:			
<input type="checkbox"/>	Evaluación Médica		
<input type="checkbox"/>	Evaluación Neuropsicología		
<input type="checkbox"/>	Evaluación y/o tratamiento psicológico.		
<input type="checkbox"/>	Terapia Auditiva		
<input type="checkbox"/>	Terapia Cognitiva		
<input type="checkbox"/>	Terapia Psicomotriz		
<input type="checkbox"/>	Terapia de Lenguaje		
<input type="checkbox"/>	Terapia Ocupacional		
<input type="checkbox"/>	Otros (especifique): _____		
Médico (especialista) responsable: _____			
Fecha: _____			
PCD-168			








ANEXO VI. FORMATO CERTIFICADO MÉDICO

	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla	
	<small>DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD</small>	<small>DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO Y REHABILITACIÓN</small>
CERTIFICADO MEDICO		
<p>A QUIEN CORRESPONDA: PRESENTE.</p>		
<p>EL QUE SUSCRIBE _____, CON CÉDULA PROFESIONAL _____ Y LEGALMENTE AUTORIZADO, CERTIFICA QUE EL (LA) C. _____ _____ SE ENCUENTRA CLÍNICAMENTE _____</p>		
<p>SE EXTIENDE EL PRESENTE PARA LOS FINES LEGALES QUE AL INTERESADO (A) CONVENGAN.</p>		
<p>H. PUEBLA DE Z., A _____ DE _____ DE _____</p>		
<p>ATENTAMENTE</p>		
<p>_____</p>		
<p>Calle 5 de Mayo 1606 Centro Histórico, Edificio de San Juan de Dios, C.P. 72000, Heroica Puebla de Zaragoza, Puebla (222) 229 5200 DIFestatal.puebla.gob.mx</p>		<p>P.C.D.-7</p>

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

[Handwritten initials]

[Handwritten initials]



ANEXO VII. FORMATO EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA BREVE

DIF Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla
CENTRO de TECNOLOGÍA ADAPTADA

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA BREVE

Expediente: _____
Nombre: _____ Edad: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

A. DATOS GENERALES
Escolaridad: _____
Lateralidad: _____
Ocupación: _____
Actividad actual: _____
Intereses: _____

B. ORIENTACIÓN
(Puntuación: 1= Respuesta correcta; 0=Respuesta incorrecta)

Día	Día de la semana	Ciudad
Mes	Estación	Estado
Año	Nombre del lugar	País
Familia	Ocupación	Fecha y lugar de nac.
TOTAL		

C. VALORACIÓN (FX. NEUROPSICOLÓGICO)
(Puntuación: 1= Respuesta correcta; 0=Respuesta incorrecta)

FACTOR CINESTÉSICO	FACTOR CINÉTICO	FACTOR FONEMÁTICO
Infiar las mejillas	Secuencia dactilar	TA-DA
Tocar con la lengua los labios	Alternancia dactilar (pulgar - Índice)	GU-KU
Puntos - Direccionalidad	Alternancia manual (puño - palma)	HU-RHU
Reconocimiento táctil	Hombro (puño - Anillo)	DUNA-TUNA
LA-NA-LA	Puño - filo - Palma	PESO-BESO
RE-SE-RE	Secuencia gráfica	FINO-VINO
MI-BI-MI	Secuencia mental	Reconocimiento fonemático
LO-NO-SO	REPETIR	D-L-T
Gama-Cama	LU-GU-LU	P-B-C
Torso-Corso	TA-PA-TA	T-N-L
Mesa-Gato-Dedo	TROPA-POTRO	F-B-S
Foco-Limón-Niño	PATA-TAPA	C-G-T
Reloj-Red-Tortuga	TAPÓN-PATÓN	A-E-O
Prado-Libro-Fresa	CAMARÓN-MACARRÓN	U-I-A
Tigre-León-Huevo	MAGNOLIA-MONGOLIA	Comprensión de órdenes
Ratón-Ferrocarril-Tlacoyo	Tres tristes tigres comen en tres platos de trigo	Ritmos (I-II) (I-III)

PCB-11



EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA BREVE

D. VALORACIÓN (FX. NEUROPSICOLÓGICO)

(Puntuación: 1= Respuesta correcta; 0=Respuesta incorrecta)

FACTOR SÍNTESIS ESPACIAL	FACTOR RETENCIÓN VERBAL	FACTOR RETENCIÓN VISUAL
Touch oreja derecha con mano izquierda	Boca – manzana – zapato	Pirámides (número-orden)
Cierre los ojos y abra la boca	Ojo – Fresa – Pantalón	Iglesias (número-orden)
Señale la carpeta con el lápiz	El niño juega con su juguete	Copia (M. Der) y Reproducción inmediata de letras (M. Izq) (LSONB)
Dibuje una cruz dentro de un círculo	El abuelo está comiendo fruta y el niño duerme	Copia (M. Izq) y Reproducción inmediata de figuras no verbalizables (M. Der)
Dibuje una cruz debajo de un círculo	Los niños juegan en el patio de la casa del vecino	Dibujar 4 animales
Reloj: cuatro y media	Los niños del tercer grado fueron al zoológico el domingo pasado y vieron muchos animales diferentes	Reproducción de animales
Barriles:	La pequeña niña sostiene un vaso de leche en su mano	IMÁGENES INTERNAS
El barril esta debajo de la caja	El arquitecto está revisando los planos de las casas de construcción	Dibuja un niño y una niña (En que se parecen y en que son diferentes)
La caja está dentro del barril	REPETICIÓN	Dibuja una fruta
La caja está frente al barril	Foco – duna – piel Bruma – gasa – luz	Dibuja un animal
La caja está sobre(encima) del barril	REPRODUCCIÓN INMEDIATA	¿En qué se parece y en que son diferentes un perro y un lobo?
El barril está detrás de la caja	Foco – duna – piel Bruma – gasa – luz	¿En qué se parecen y en que son diferentes el sol y la luna?
El barril está dentro de la caja	REPRODUCCIÓN CON INTERFERENCIA	¿En qué se parecen y en que son diferentes una taza y un vaso?
Copia de la casa	Foco – duna – piel Bruma – gasa – luz (Se aplica después de tareas de retención visual)	Denominación de objetos Anillo – Moneda – Lentes – Libro, llaves, etc. Señalar objetos(Foco – lápiz – mesa – silla, etc.)
FACTOR REGULACIÓN Y CONTROL		
Días de la semana	Estaciones (directa e inversa)	M-I-N-D-O (Inverso)
Golpes 2(evaluador – 1 paciente) y viceversa		Resta mental: 100 – 7 – 7 ...
Semana inversa	Puño – índice (T. conflicto)	Seguimiento visual
¿Qué hizo ayer?	¿Qué hará en la tarde?	Explique "En boca cerrada no entran moscas"

PCD-181





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



CENTRO de
TECNOLOGÍA
ADAPTADA

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA BREVE

Fluidez verbal (Animales - 1 minuto)

LECTURA		ESCRITURA	
Lectura de sílabas		Escritura a la copia	
Lectura de frases		Escritura al dictado	
Lectura de oraciones		Escritura espontánea	

CÁLCULO

Niños	En un árbol había 4 pájaros y llegaron 2 ¿Cuántos hay ahora?		
	En un árbol había 5 pájaros y se fueron 3 ¿Cuántos pájaros hay ahora?		
	Había 7 pájaros en un árbol, se fueron 2 y llegaron 4 ¿Cuántos pájaros hay ahora?		
	$8 + 3 =$		$8 - 5 =$
	$7 + 14 =$		$15 - 7 =$
Adultos	Patricia tenía 6 galletas y Lidia tenía 4 galletas más que Patricia. ¿Cuántas galletas tienen entre las dos? R/16		
	Un campesino tenía 100 hectáreas de terreno, de cada hectárea sacaba 6 toneladas de maíz, si vende $\frac{1}{3}$ del maíz al gobierno, ¿Cuántas toneladas le quedan? R/400		
	Hay 36 libros en dos libreros, en uno hay el doble del otro, ¿Cuántos libros hay en cada librero? R/12 y 24		
	Una persona demora en llegar caminando a la terminal del autobús 30 minutos, en un auto llegaría 5 veces más rápido, ¿Cuánto tardaría si fuera en auto? R/6m		
	$12 - 9 = 6 = (36)$		$128 / 8 = (24)$
$21 \times 5 = (405)$		$18 / 3 + 4 = (40)$	

Observaciones:

Impresión diagnóstica

Evaluación Neuropsicológica Subsecuente: Si _____ No _____

Nombre del evaluador: _____

Fecha: _____

PCB-152

8

1007

J

B



ANEXO VIII. FORMATO RESPONSIVA DE TRATAMIENTO

RESPONSIVA DE TRATAMIENTO

EL CENTRO DE TECNOLOGÍA ADAPTADA HACE CONSTAR QUE EL (LA) C. _____
 _____ CONDOMICILIO EN _____
 _____ Y ORIGINARIO(A) DE _____ DE _____ AÑOS DE
 EDAD CON ESTADO CIVIL _____

DECLARA:

AL PERSONAL DEL CENTRO DE TECNOLOGÍA ADAPTADA CON DOMICILIO EN 25 PONIENTE NO. 2302, COL. LOS ANGELES, PUEBLA, QUE DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS PROPIOS DE ESTE CENTRO DE ATENCIÓN ME COMPROMETO Y AUTORIZO A QUE MI FAMILIAR: HIJO(A) ESPOSO(A) DE NOMBRE _____ DE _____ AÑOS DE EDAD.

1. SEA VALORADO CLÍNICAMENTE POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS: REHABILITACIÓN, NEUROPSICOLOGÍA, PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA.
2. DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO SE LE INDICARÁ EL TRATAMIENTO MÉDICO, TERAPIAS, Y CANALIZACIÓN A OTRA DEPENDENCIA SEGÚN SEA EL CASO.
3. ACUDIR PUNTUALMENTE A LAS TERAPIAS ESTABLECIDAS, O EN CASO DE NO PRESENTARSE AMSTAR CON ANTICIPACIÓN, DESPUÉS DE 3 FALTAS CONSECUTIVAS SE LE DARÁ DE ALTA TEMPORAL O DEFINITIVA DEPENDIENDO EL CASO.
4. EN CASO DE UNA URGENCIA SE CANALIZARÁ 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 LE INFORMARÁ AL TUTOR.
7. DESLINDARÉ DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD AL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y MÉDICO DE LA INSTITUCIÓN.

H. PUEBLA DE ZARAGOZA A _____ DE _____ DEL 20 _____.

HORA: _____

NOMBRE DEL ESPECIALISTA
RESPONSABLE

NOMBRE DEL FAMILIAR
RESPONSABLE/PADRE O TUTOR

PCB-02

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



ANEXO IX. REGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla
DIRECCIÓN DE SERVICIOS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD | ESTABLECIMIENTO DE DIAGNÓSTICO Y TERAPIA MÉDICA



**CENTRO de
TECNOLOGÍA
ADAPTADA**

REGLAMENTO PARA EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

Con el fin de brindarte un mejor servicio, le pedimos lea detenidamente y cumpla con los siguientes requisitos:

1. El Centro de Tecnología Adaptada (CTA) fue creado para atender a niños de 4 a 12 años, adolescentes y adultos con discapacidad.
2. Para poder iniciar o continuar con las terapias es indispensable la valoración del especialista en rehabilitación.
3. El paciente deberá asistir puntualmente a las terapias y consultas llegando 10 minutos antes, es indispensable traer su carnet de citas.
4. Es su responsabilidad el cuidado de sus hijos o familiar dentro de las instalaciones del Centro de Tecnología Adaptada (CTA).
5. Las faltas injustificadas por más de tres ocasiones causan suspensión temporal del servicio y únicamente podrán ser justificadas por la Administración, presentando original y copia de receta médica o justificante escolar.
6. El paciente deberá presentarse bien aseado, con las uñas cortadas y con ropa limpia y cómoda para recibir sus terapias. Si presenta alguna enfermedad contagiosa (diarrea, gripe, tos, etc.) no podrá asistir a terapia hasta ser autorizado por el servicio médico de esta institución.
7. Para poder pasar al área de Psicomotricidad es indispensable acudir con un par de calcetas limpias ya que tendrá su terapia sin zapatos.
8. Está prohibido introducir alimentos o bebidas al área de terapia.
9. A la terapia solamente podrá pasar el paciente y un acompañante.
10. Durante la sesión de terapia el familiar deberá permanecer respetuoso y evitar intervenir en el trabajo terapéutico.

GRACIAS POR TU APOYO

FIRMA DE ACUERDO DEL FAMILIAR RESPONSABLE

PCB-18

Mel
J
B



Procedimiento DAPDDDR-03

Equinoterapia para los albergados (as) de las casas de asistencia del SEDIF

Tiempo Promedio: El mismo día

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

Objetivo

Brindar terapias de rehabilitación y habilitación a través de la utilización de equinos como herramienta para la misma, a los albergados de las casas del SEDIF que lo requieran, para mejorar su calidad de vida.

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 Equinoterapia, Coordinación de Asistencia del SEDIF, Médico en rehabilitación, Responsable de grupo.

Recursos




Normas y Políticas de Operación DAPDDDR-03

1. Los Coordinadores /as de las Casas propondrán a sus albergados/as con o sin discapacidad, para recibir Equinoterapia:
 - 1.1 Pacientes c/ discapacidad serán examinados por un médico en rehabilitación para que determine si es candidato o no para recibir la Equinoterapia, dicha valoración médica deberá ser entregada al encargado/a de Equinoterapia previo al inicio de la sesión terapéutica. Indicando que tratamiento se llevará a cabo o sugerencias a trabajar.
 - 1.2 Pacientes sin discapacidad serán valorados por el área de psicología integrando reporte psicológico y/o historia clínica, los documentos mencionados deberán ser entregados al encargado/a de Equinoterapia previo al inicio de la sesión terapéutica.
2. Las terapias serán otorgadas en el Centro de equinoterapia del SEDIF Puebla, las cuales deberán estar limpias y en buenas condiciones para brindar el servicio.
3. El personal de Equinoterapia proporcionará una terapia que cumpla los objetivos que requiere cada albergado según las indicaciones del Médico especialista y/o Psicólogo/a.
4. Los albergados/as tienen derecho a una terapia que consta de 20 minutos de monta y de acuerdo a sus necesidades se determina 1 ó 2 sesiones a la semana.
5. Las sesiones de Equinoterapia serán otorgadas de lunes a viernes, en un horario de atención de 9:00 a 15:00 hrs.
6. El/la Coordinador/a de cada casa deberá organizar la transportación de los albergados al Centro de Equinoterapia.
7. Los albergados/as asistirán a las sesiones con un responsable (enfermero/a, tutor/a, psicólogo/a) designado por el Coordinador/a de la casa correspondiente y será la persona autorizada para intercambiar la información necesaria.



8. Los albergados/as, deberán asistir con ropa limpia, zapatos cerrados, aseo personal adecuado y en caso de utilizar pañal, el encargado de grupo será el responsable de su atención.
9. El encargado/a será el responsable de llevar un lunch y administrarlo a su grupo.
10. El encargado/a es el responsable de que los menores tengan actividades físicas y didácticas durante el tiempo de espera.
11. Al momento de la monta, los albergados/as deberán usar un casco de manera obligatoria.
12. Los equinos deberán estar aseados, trabajados y preparados con su equipo para iniciar las sesiones.
13. La monta y desmonta de los albergados/as será por la rampa establecida.
14. Los Coordinadores/a garantizarán que las llegadas a las terapias sean en la hora establecida.
15. Las revaloraciones se harán cada 6 meses con el Médico especialista y/o área de psicología el cual se deberán de entregar al encargado/a del programa de Equinoterapia.
16. Los albergados/as no deberán faltar a sus sesiones a excepción de presentar alguna enfermedad, asistir a consulta médica, a la Procuraduría o por algún evento escolar que se lo impida, lo cual deberá ser justificado por el Coordinador/a de la casa correspondiente.
17. El servicio es exclusivo de los albergados/as de las casas.
18. Cada Casa registra en una bitácora la información de los albergados/as (inasistencias, tratamientos, terapias, alternativas, medicamentos, sugerencias, entre otros). Con la finalidad de estar comunicados y dar seguimiento a los mismos.
19. En caso de que algún albergado/a por decisión de la Casas llegue a causar baja del programa de Equinoterapia, éstas deberán de informar por escrito al encargado/a del Programa el motivo o causa por el cual dejan el servicio.

Descripción del Procedimiento DAPDDDR-03

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento		
Encargado/a del Centro de Equinoterapia	1. Solicita a los Coordinadores la lista de los albergados/as que requieran asistir a Equinoterapias y su valoración médica y/o historia clínica o psicológica.	Solicitud
Coordinador/a de la casa	2. Solicita la valoración médica y/o psicológica del Médico en rehabilitación y/o responsable de psicología de los candidatos a Equinoterapia.	Solicitud
Médico de Rehabilitación y/o Psicólogo/a	3. Valora y determina a los albergados/as seleccionados para a Equinoterapia	Valoración o certificado médico, historia clínica y/o reporte psicológico
Coordinador/a de la casa	4. Envía al Centro de Equinoterapia las valoraciones médicas y/o historia clínica o psicológica de los albergados/as seleccionados a recibir Equinoterapia, previo a que el menor reciba el servicio.	Valoraciones médicas y/o historia clínica
Encargado/a de grupo	5. Asiste con los albergados/as al Centro de Equinoterapia, en el día y hora acordados.	
	6. Realiza actividades para los albergados/as que esperan su turno y administran los alimentos (lunch)	
Encargado/a del centro de equinoterapia	7. Supervisa que cada albergado/a reciba su terapia	

not

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Continúa el Procedimiento		
Encargado/a del centro de equinoterapia	8. Da salida al grupo de albergados	
Fin del Procedimiento		

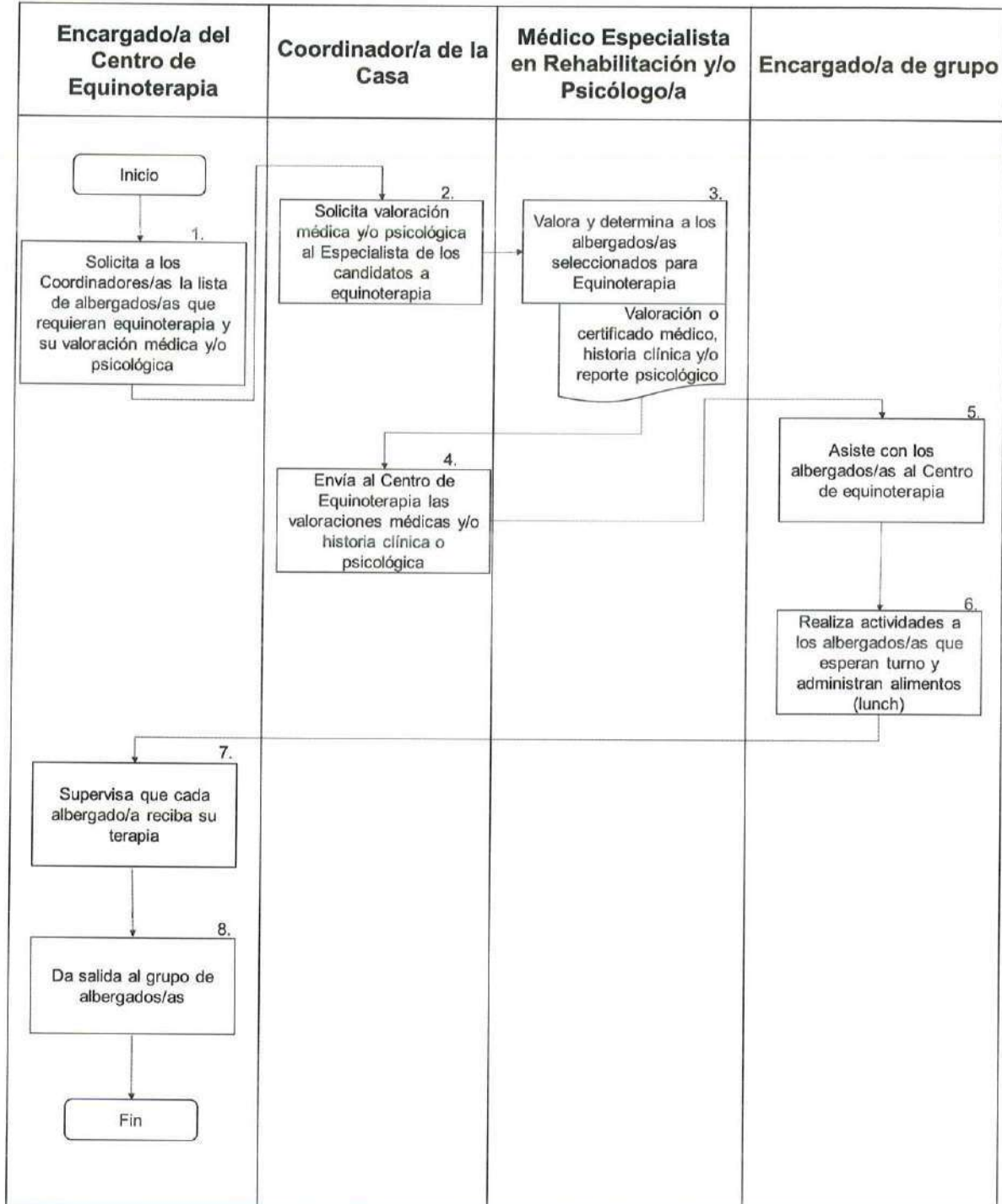
not

J
B

8



Diagrama de Flujo DAPDDDR-03



[Handwritten signatures and initials in blue ink]



Procedimiento DAPDDDR-04

Equipamiento y reequipamiento de Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR) y Centros de Rehabilitación Integral (CRI)

Tiempo Promedio: 90 días

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

Objetivo

Equipar y reequipar Unidades Básicas de Rehabilitación y/o Centros de Rehabilitación Integral para mejorar la atención médica y de rehabilitación de las personas con discapacidad de los municipios del Estado de Puebla.

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

Dirección General, Dirección de Atención a Personas con Discapacidad.

Recursos




Normas y Políticas de Operación DAPDDDR-04

1. El Sistema Estatal DIF proporciona el equipamiento para la apertura de una nueva Unidad Básica de Rehabilitación y/o Centro de Rehabilitación Integral o el reequipamiento de los mismos.
2. El Sistema Estatal DIF realizará supervisiones a las UBR y/o CRI para verificar el buen funcionamiento de las mismas así como el estado en que se encuentra el equipo de rehabilitación.
3. El Sistema Municipal DIF debe realizar oficio de petición a la Presidenta del Patronato o a Dirección General del Sistema DIF del Estado de Puebla.
4. La solicitud será valorada por la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad del Sistema Estatal DIF Puebla y sometida a autorización de Dirección General.
5. El Sistema Municipal DIF debe cubrir los gastos de operación de la UBR y/o CRI
 - Pago del personal.
 - Pago de agua, luz y servicios propios de la Unidad.
 - Dar mantenimiento al inmueble.
 - Reparación del equipo con el que cuenta la estructura.
 - Reposición de Insumos (Gel, Parafina, electrodos, ligas etc.).
6. Las cuotas de recuperación se deben utilizar para apoyar el mantenimiento de la unidad o centro.
7. La UBR debe contar con:
 - Tener un terreno y/o inmueble propiedad del municipio.
 - Contar con todos los servicios básicos (agua potable, luz, drenaje).
 - Accesos viables.
 - Contar con terapia física (electroterapia, termoterapia, hidroterapia, mecanoterapia)
 - Contar con área de regaderas.
 - Contar con sanitarios para damas y caballeros accesibles.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



- Contar con rampas.
- Un licenciado en terapia física.
- Un auxiliar en terapia física.
- Un administrativo
- Un intendente

El CRI debe contar con:

- Todos los anteriores, además:
- Área de terapia de lenguaje, ocupacional y psicológica.
- Contar con medicina en rehabilitación
- Un/a auxiliar en terapia ocupacional.
- Un/a auxiliar en terapia de lenguaje.
- Un/a licenciado/a en psicología

8. La UBR o CRI debe informar mensualmente sus actividades a Dirección de Atención a Personas con Discapacidad y Dirección de Delegaciones.

En el caso de reequipamiento de equipo de electroterapia (electroestimulador, equipo de rayo láser y ultrasonido terapéutico) será 50% SMDIF Y 50% SEDIF, del costo de cada uno.



Descripción del Procedimiento DAPDDDR-04

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento		
DIF Municipal (Presidenta)	1. Entrega carta petición de autorización para construcción de una nueva UBR o CRI	Carta petición
Técnica/o "B"	2. Recibe documentación	
Auxiliar de oficina "C"	3. Realiza supervisión del terreno o área donde se va a construir	Supervisión
Jefe/a del Departamento de Diagnóstico y rehabilitación	4. Pasa a valoración de Director/a de Atención a Personas con Discapacidad	
Director/a de Atención a Personas con Discapacidad	5. Valora la viabilidad del apoyo	Solicitud para autorización
Director/a General	6. Autoriza la petición	Petición autorizada
Auxiliar de oficina "C"	7. Sugiere las especificaciones que debe tener las instalaciones de la UBR o CRI	Planos y/o manual con especificaciones
DIF Municipal (Presidenta)	8. Construye UBR o CRI	
	9. Entrega carta petición de autorización para equipamiento o reequipamiento de una UBR o CRI	Carta petición

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Continúa Procedimiento		
Auxiliar de oficina "C"	10. Realiza supervisión de la UBR o CRI	Supervisión
Jefe/a de Departamento de Diagnóstico y Rehabilitación	11. Pasa a valoración del Director/a de Atención a Personas con Discapacidad	
Director/a de Atención a Personas con Discapacidad	12. Valora la viabilidad del apoyo,	Solicitud para autorización
Director/a General	13. Autoriza la petición	Petición autorizada
DIF Municipal (Presidenta)	14. Entrega copia de identificación oficial vigente, copia de comprobante de domicilio reciente	Expediente completo
DIF Municipal (Presidenta)	15. Hace pago del 50% correspondiente (depósito a cuenta) en el caso de reequipamiento de electroterapia.	Ficha de depósito
DIF Municipal (Presidenta)	16. Presenta dos testigos con identificación oficial vigente	Copias de identificación oficial vigente
Técnica/o "B"	17. Elabora recibo de donación	Recibo de donación
Técnica/o "B"	18. Entrega equipo	

[Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large stylized signature and initials 'J' and 'B']



Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Continúa Procedimiento		
Auxiliar de oficina "C"	19. Obtiene firmas requeridas por documento acta de donación	Recibo de donación
Auxiliar de oficina "C"	20. Toma fotografía de la entrega del apoyo	Fotografía
Auxiliar de oficina "C"	21. Integra el expediente y comprobación completa	Expediente y comprobación completo
Fin del procedimiento		

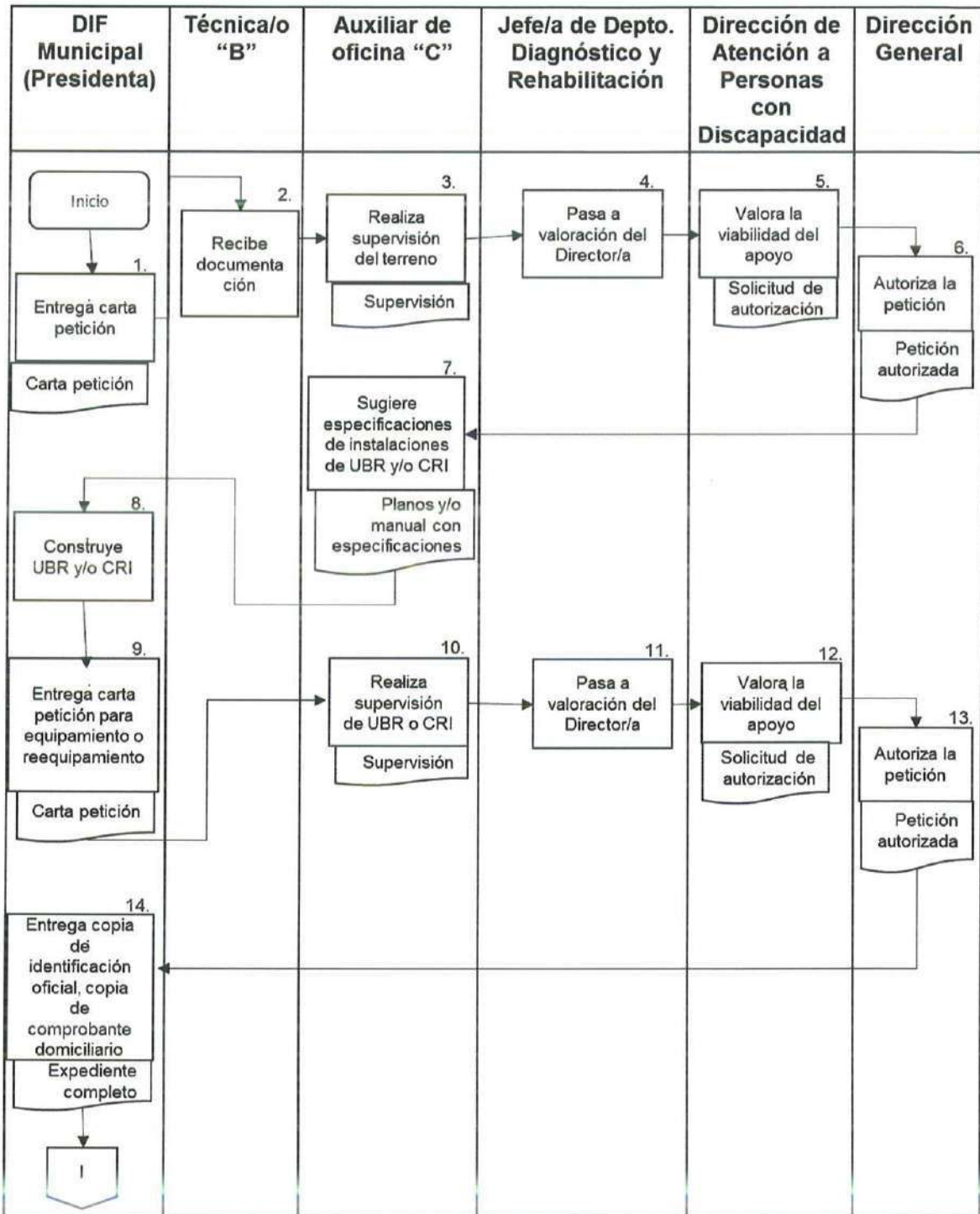
Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

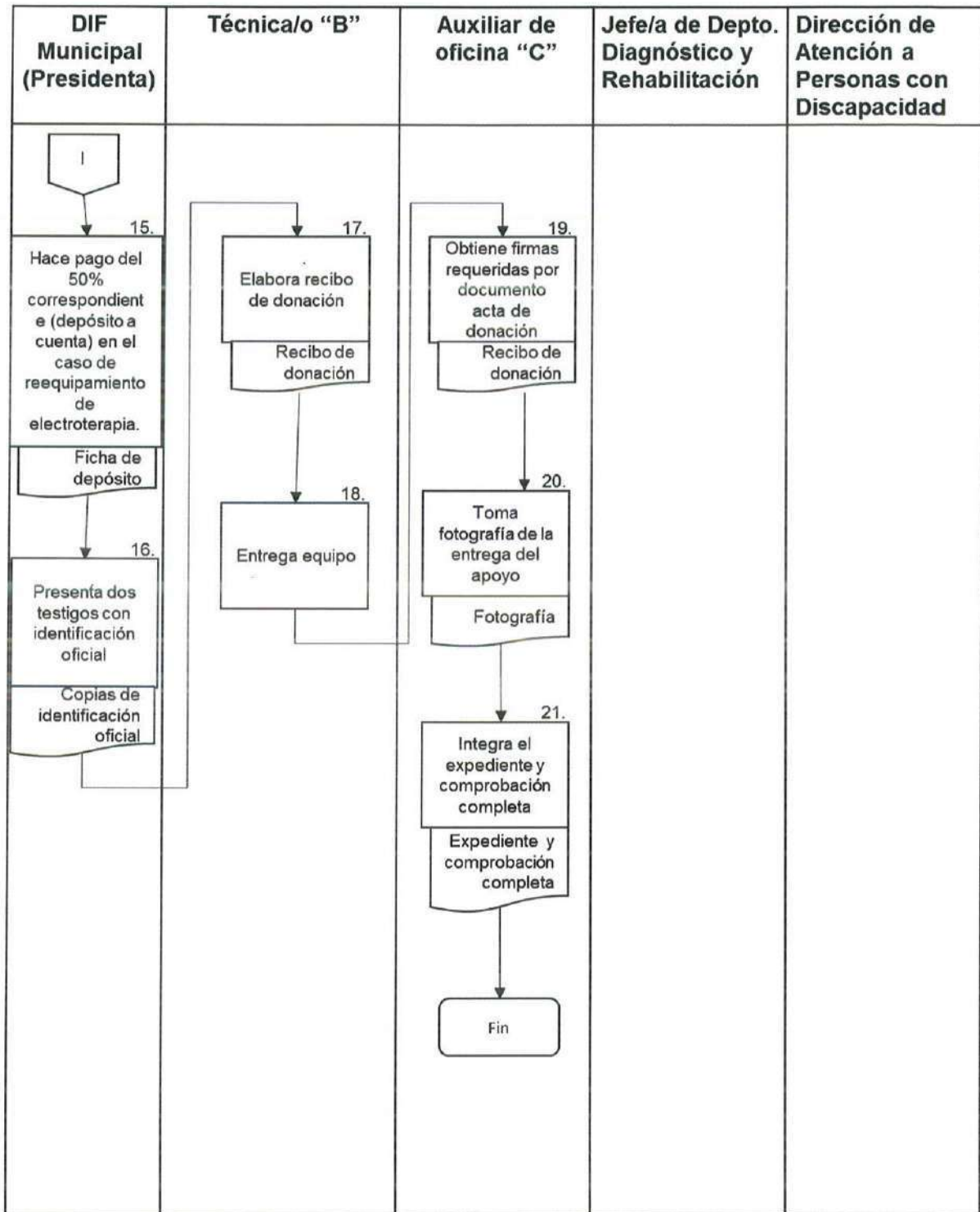


Diagrama de Flujo DAPDDDR-04



Handwritten signature in blue ink.





[Handwritten signatures]





DELEGACIÓN: _____

MUNICIPIO: _____

UBR _____

CRI _____

FECHA: _____

No.	DESCRIPCIÓN DEL MOBILIARIO	CANT.	CONDICIONES DEL MOBILIARIO			REQUIERE	OBSERVACIONES
			B	R	M	CANT.	
MECANOTERAPIA							
1	BARRAS PARALELAS ADULTO-INFANTIL						
2	BARRAS SUECAS O DE PARED						
3	BASES PARA COLCHONETA						
4	BICICLETA FIJA MODELO ESTANDAR						
5	CILINDRO ADULTO RELLENO CON ESPUMA						
6	CILINDRO INFANTIL RELLENO CON ESPUMA						
7	COLCHON DE TERAPIA RELLENO						
8	CUÑA PARA EJERCICIO						
9	EQUIPO UNIVERSAL						
10	ESCALERA CON RAMPA DE 3 ESCALONES						
11	ESCALERA DE DOS PELDAÑOS						
12	ESCALERILLA DIGITAL						
13	ESPEJO PARA POSTURA						
14	JUEGO POLAINAS 0.500 KG						
15	JUEGO POLAINAS 1 KG						
16	MESA DE TRATAMIENTO						
17	PELOTA INFLABLE P/EJERCICIO DE 55 CM						
18	PELOTA INFLABLE P/EJERCICIO DE 75 CM						
19	PLANTOSCOPIO						
20	TIMON PARA HOMBRO						
TERMOTERAPIA							
21	COMPRESERO C/12 COMPRESAS						
22	LAMPARA DE RAYOS INFRAROJOS						
23	PARAFINERO						
HIDROTERAPIA							
24	TINA CON HIDROMASAJE ADULTO						
25	TINA CON HIDROMASAJE INFANTIL						
ELECTROTERAPIA							
26	EQUIPO PARA ELECTROESTIMULACIÓN						
27	EQUIPO DE ULTRASONIDO TERAPEUTICO						
28	EQUIPO DE RAYO LASER						

SUPERVISOR

DIF MUNICIPAL

RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA





DELEGACIÓN _____

MUNICIPIO: _____ UBR _____ CRI _____

FECHA: _____

DESCRIPCIÓN	CONDICIONES			OBSERVACIONES
	B	R	M	
ACCESO A LA UNIDAD				
ESTADO FISICO DE LA UNIDAD EN TODA SU ESTRUCTURA				
PERSONAL OPERATIVO CON EL QUE CUENTA				

PERSONAL														OBSERVACIONES															
DIRECTOR	COORDINADOR	MED. GENERAL	MED. REHABILITADOR	ORTOPEDISTA	ESTOMATOLOGO	PSS. ESTOMATOLOGIA	L.T.F.	PSS. L.T.F.	AUX. T.F.	PRACTICANTES	L.T.O.	PSS. L.T.O.	AUX. T.O.		PRACTICANTES	L.T.L	PSS. L.T.L.	AUX. T.L.	PRACTICANTES	PSICOLOGO	PSS. PSICOLOGO	TRABAJO SOCIAL	ENFERMERA	ADMINISTRADOR	SECRETARIA	RECEPCIONISTA	CHOFER	VELADOR	INTENDENCIA

CUENTA CON PADRÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD	SI	NO	
INFORME MENSUAL	SI	NO	

CUENTA CON UNIDAD DE TRANSPORTE ADAPTADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	SI	NO	CONDICIONES			No. DE LA UNIDAD	OBSERVACIONES
			B	R	M		

OBSERVACIONES / COMENTARIOS:

SUPERVISOR

DIF MUNICIPAL

RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA



ANEXO II. RECIBO DE DONACIÓN



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE PUEBLA

RECIBO DE DONACIÓN

RUD:

RECIBI 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: EN LOS ANEXO

EL SISTEMA MUNICIPAL DIF CONTRIBUYO CON: _____

ASI MISMO DECLARO QUE EL SISTEMA DIF ESTATAL 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 COMUNICARA POR ESCRITO LA REVOCACIÓN DE LA PRESENTE DONACIÓN. _____

DESPUÉS DE SER LEIDO 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 DIA: _____

Calle 5 de Mayo 1606 Centro Histórico,
Edificio de San Juan de Dios, C.P. 72000,
Heroica Puebla de Zaragoza, Puebla
(222) 229 5200
DIFestatal.puebla.gob.mx





**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DEL ESTADO DE PUEBLA**

**RECIBE DE CONFORMIDAD
(EL DONATARIO)**

RUD:

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

FIRMA _____

ENTREGAN:

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

**DIRECTORA DE ATENCIÓN A
PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

**TESTIGOS DE ASISTENCIA
POR LA LOCALIDAD**

NOMBRE _____

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

DIRECCIÓN _____

FIRMA _____

FIRMA _____

Calle 5 de Mayo 1606 Centro Histórico,
Edificio de San Juan de Dios, C.P. 72000,
Heroica Puebla de Zaragoza, Puebla
(222) 229 5200
DIFestatal.puebla.gob.mx

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



Procedimiento DAPDDDR-05

Sistema de transporte adaptado para personas con discapacidad

Tiempo Promedio: El mismo día

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

Objetivo

Establecer un servicio de transporte público, accesible, seguro y gratuito que cubra las necesidades de traslado de las personas con discapacidad, a los diferentes centros de rehabilitación en la capital poblana.

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.

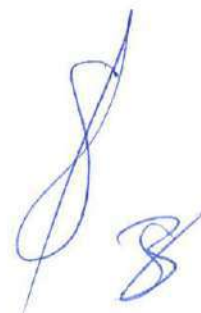
Responsables

Departamento de Diagnóstico y Rehabilitación

Áreas Involucradas

Dirección Administrativa.

Recursos




Normas y Políticas de Operación DAPDDDR-05

Para usuario/s de transporte adaptado:

1. El usuario/a debe tener algún tipo de discapacidad permanente.
2. El usuario/a debe presentar la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad (CRENAPED) al momento de abordar la unidad.
3. El operador/a y su auxiliar deben brindar un trato digno y humano en todo momento del trayecto, desde su ascenso hasta su descenso.
4. El usuario/a debe tener una correcta instalación (sentados y asegurados) antes de dar movimiento al vehículo.
5. El vehículo debe tener un lugar seguro para los aparatos ortopédicos que utiliza el usuario.
6. Los usuarios/as y/o responsables de las personas con discapacidad deberán proporcionar todos los datos que le sean solicitados por el operador de la unidad o su auxiliar para fines de control y estadísticas del SEDIF.
7. Ascender y descender a los usuarios/as en los paraderos oficiales, evitando en todo momento poner en peligro su seguridad.
8. El usuario/a debe respetar al personal del servicio SITRADIF.
9. El operador/a y su auxiliar deben brindar información de manera oportuna de cualquier ampliación, cambio de ruta y/o cancelación temporal y/o permanente del servicio.
10. Cumplir con el Reglamento del SITRADIF.

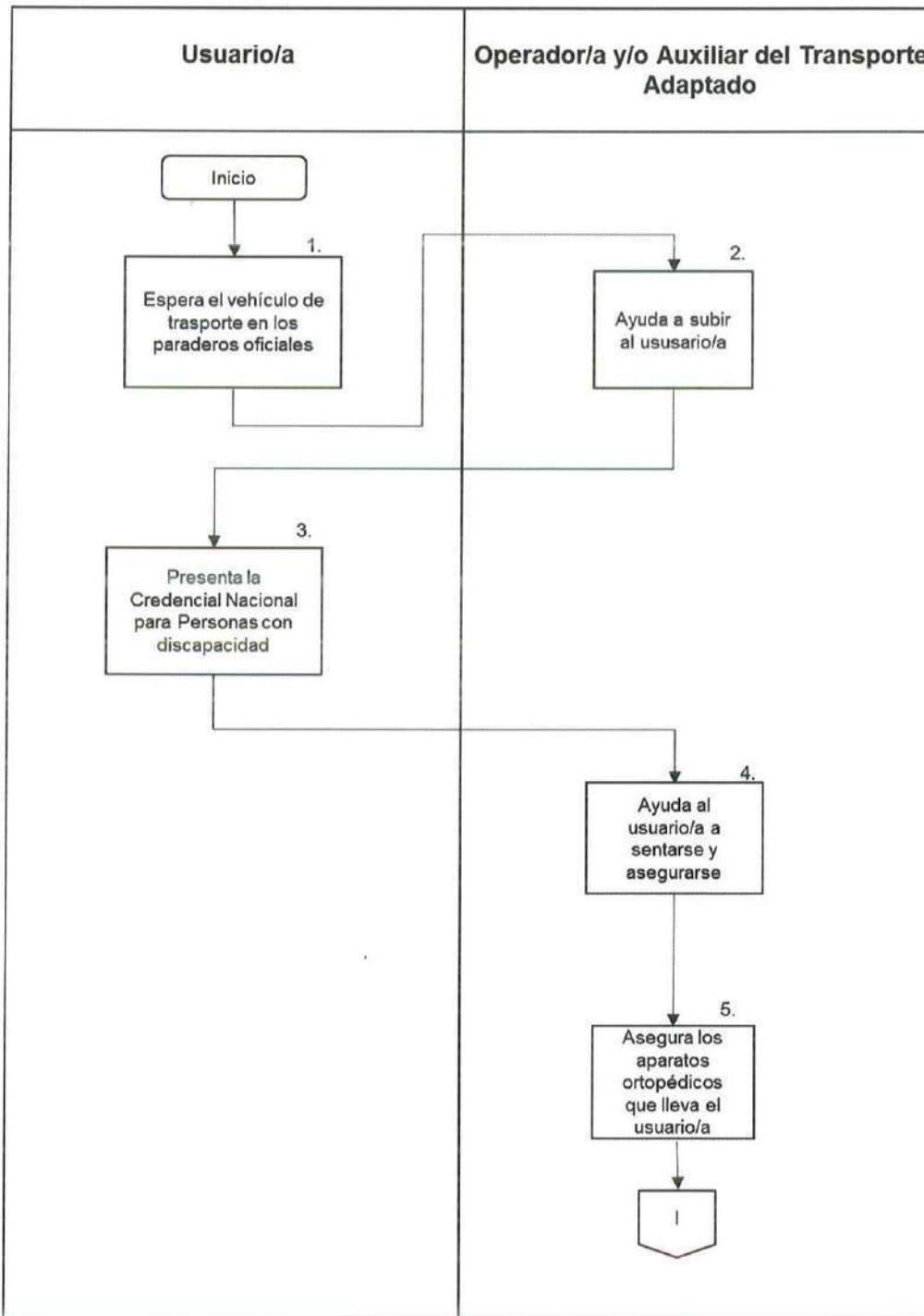
Descripción del Procedimiento DAPDDDR-05

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento		
Usuario/a	1. Espera el vehículo de transporte adaptado en los paraderos oficiales	
Operador/a y/o auxiliar	2. Ayuda al usuario a subir al vehículo adaptado	
Usuario/a	3. Presenta la credencial nacional de personas con discapacidad (CRENAPED)	CRENAPED
Operador/a y/o auxiliar	4. Ayuda al usuario a sentarse y asegurarse	
Operador/a y/o auxiliar	5. Asegura en el lugar correspondiente los aparatos ortopédicos que lleve el usuario	
Operador/a y/o auxiliar	6. Recaba información para el registro diario de usuarios	Registro diario
Operador/a y/o auxiliar	7. Realiza el traslado de usuarios	
Operador/a y/o auxiliar	8. Ayuda al usuario a bajar del vehículo adaptado	
Fin del procedimiento		

J
MS
S

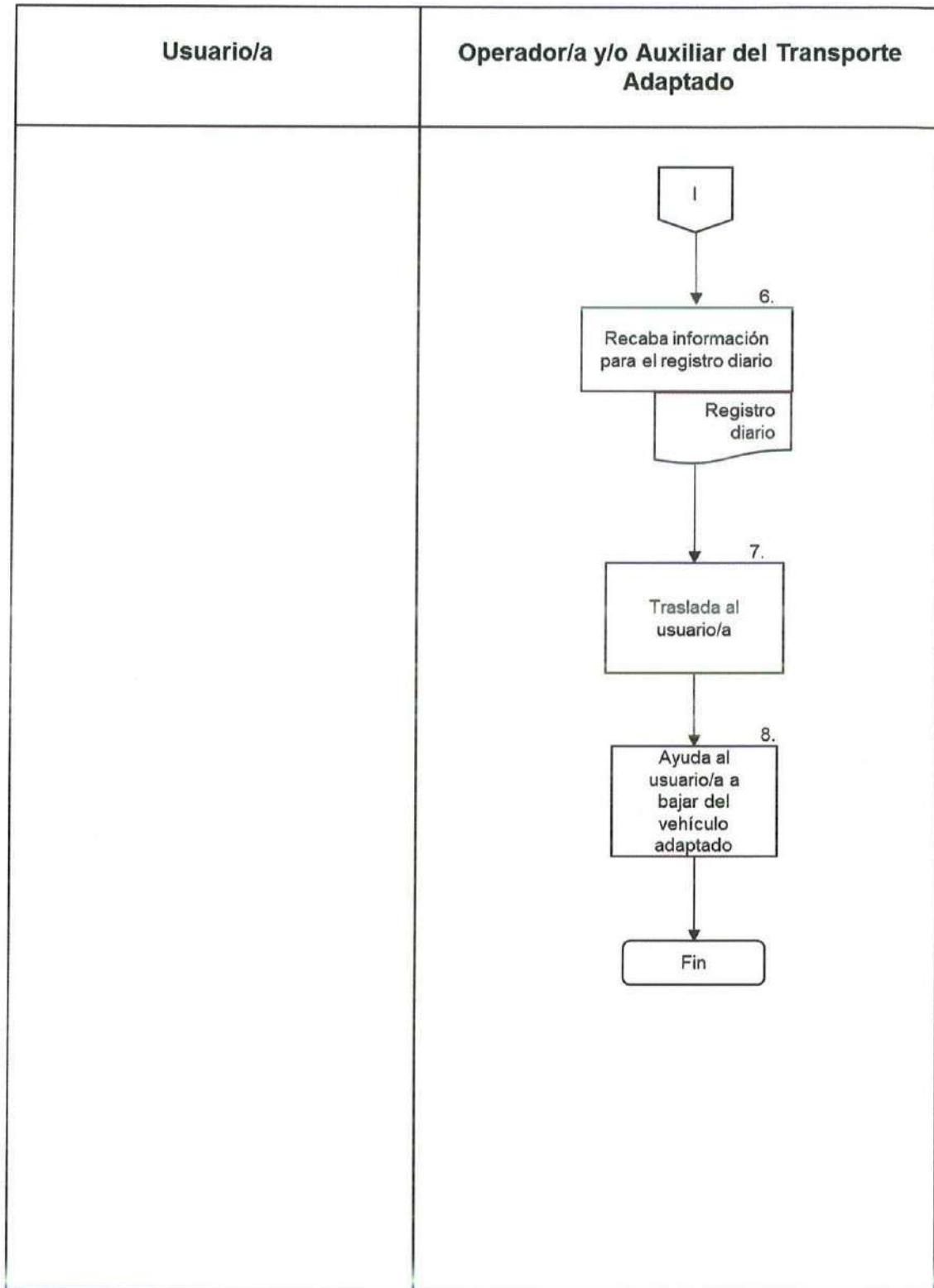


Diagrama de Flujo DAPDDDR-05



Handwritten signatures and initials in blue ink.





MIT
f
ES

[Signature]
 133



Procedimiento DAPDDDR-06

Sistema de transporte adaptado para personas con discapacidad Para vehículos en comodato para SMDIF

Tiempo Promedio: 5 días

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

Objetivo

Otorgar a los SMDIF que cuenten preferentemente con Unidad Básica de Rehabilitación (UBR) y/o Centro de Rehabilitación Integral (CRI), una unidad de transporte adaptado con la finalidad de brindar un servicio de transporte especializado y gratuito, que favorezca la integración de las personas con discapacidad, promoviendo el libre y seguro desplazamiento de esta población a recibir sus terapias a los centros de 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

Presidencia y/o Dirección General, Dirección Jurídica, Dirección Administrativa, Dirección de Atención a Personas con Discapacidad

Recursos





Normas y Políticas de Operación DAPDDDR-06

Para vehículos en comodato para SMDIF:

1. El Sistema Municipal DIF debe contar preferentemente con Unidad Básicas de Rehabilitación (UBR) y/o Centro de Rehabilitación Integral (CRI).
2. El Sistema Municipal DIF debe identificar la población con discapacidad que habita en su municipio a través de una fuente oficial (censo).
3. El Sistema Municipal DIF debe realizar oficio de petición a la Presidenta del Patronato o a Dirección General del Sistema DIF del Estado de Puebla.
4. La solicitud será valorada y autorizada por la Dirección General del Sistema Estatal DIF Puebla
5. El Sistema Estatal DIF proporciona en comodato un vehículo de transporte adaptado al municipio.
6. Los municipios deben utilizar la unidad sólo y exclusivamente para transporte de personas con discapacidad a Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR) y/o Centros de Rehabilitación Integral (CRI).
7. El Sistema Municipal DIF debe cubrir los gastos de operación y mantenimiento del vehículo.
8. La UBR o CRI debe informar mensualmente las actividades de traslado, así como padrón de beneficiarios a la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad y Dirección de Delegaciones.
9. El Sistema Municipal DIF debe cumplir con lo establecido en el contrato de comodato celebrado con el SEDIF

nu

J

B

8



Descripción del Procedimiento DAPDDDR-06

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento		
DIF Municipal (Presidenta)	1. Entrega carta petición de vehículo de transporte adaptado.	Carta petición
Jefe/a del Departamento de Diagnóstico y Rehabilitación	2. Recibe solicitud.	Solicitud
	3. Analiza estadísticas del funcionamiento de la UBR o CRI.	
Dirección Administrativa	4. Verifica la disponibilidad de vehículos.	
Jefe/a del Departamento de Diagnóstico y Rehabilitación	5. Pasa la solicitud a autorización de Presidencia y/o Dirección General.	Solicitud
Presidencia o Dirección General	6. Valora la viabilidad del apoyo, para su autorización. Si no se autoriza termina el procedimiento. Si autoriza continúa en paso 7.	Solicitud autorizada

1007

J

8

8



Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Continua Procedimiento		
Dirección Jurídica	7. Solicita documentación al municipio.	1. Copia de Constancia de Mayoría expedida por el Instituto Electoral del Estado del Presidente Municipal. 2. Copia de Acta de instalación de Cabildo 3. Copia de Acta de sesión de Cabildo, mediante la que autoricen expresamente al Presidente Municipal para formalizar el contrato de comodato, con el SEDIF Puebla, respecto de un vehículo para transporte de personas con discapacidad. (Puede estar inserta en el anterior punto).

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

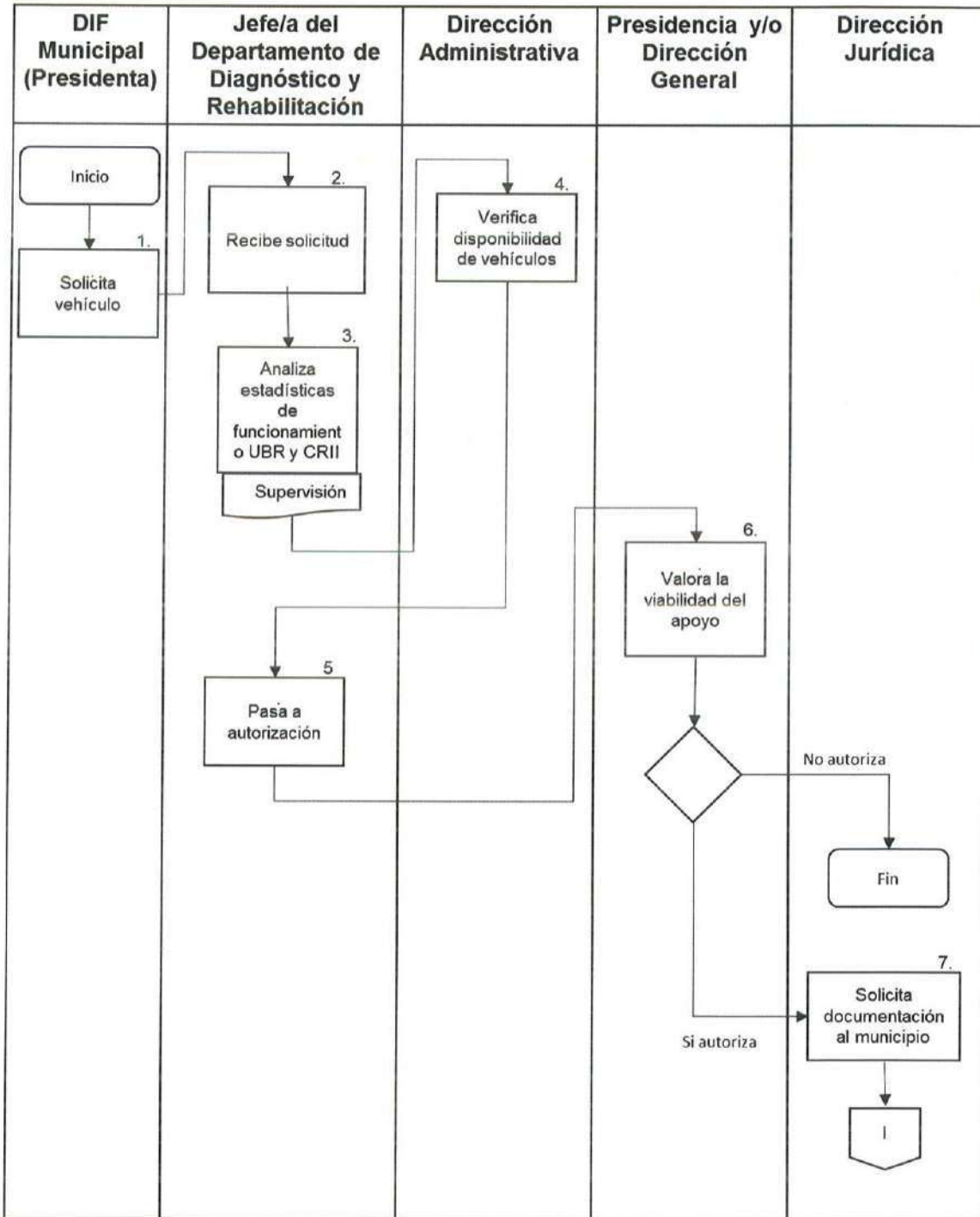
		4. Copia de identificación oficial con fotografía del Presidente Municipal 5. Copia de comprobante domiciliario de la Presidencia Municipal.
DIF Municipal (Presidenta)	8. Entrega documentación solicitada.	Expediente
Dirección Jurídica	9. Elabora contrato de comodato.	Contrato de comodato
	10. Cita al Presidente Municipal a firma del contrato de comodato.	Contrato de comodato firmado
Jefe/a de departamento de Diagnóstico y Rehabilitación	11. Pasa la autorización a la Dirección Administrativa solicitando el vehículo.	Autorización
Dirección Administrativa	12. Entrega del vehículo de transporte adaptado.	
	13. Recaba firma del resguardo.	Resguardo
Fin del procedimiento		

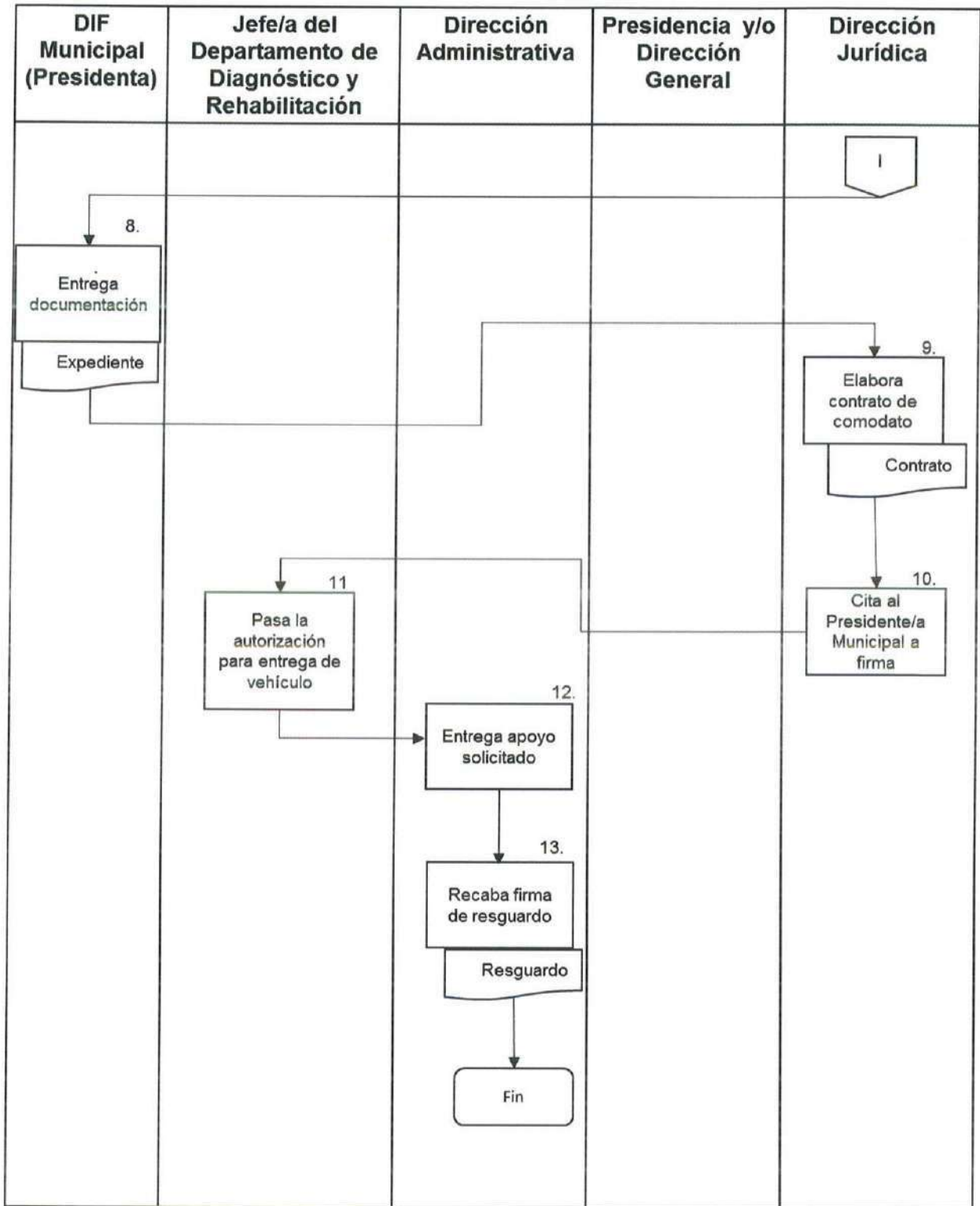
Text
/
S

S



Diagrama de Flujo DAPDDDR-06





Mel

J

SS

8



Glosario de términos

Discapacidad

Término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad y factores personales y ambientales.

Deficiencias

Son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.

Limitaciones en la Actividad

Son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.

Restricciones en la Participación

Son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Rehabilitación

Es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales.

Centro de Tecnología Adaptada (C.T.A.)

Área que proporciona apoyo a personas con discapacidad a nivel cognitivo a través de software especializado, acorde a las necesidades individuales con una correlación interinstitucional pública y privada en pro de la inclusión de personas con discapacidad para el mejoramiento de su calidad de vida e inclusión en distintos ámbitos, social educativo y laboral.

Terapia Cognitiva

Proceso a través del cual el paciente con daño cerebral trabaja junto con profesionales del servicio de salud, para remediar o aliviar los déficits cognitivos que surgen tras una afección neurológica.



Software

Es todo aquel programa de rehabilitación cognitiva, que se utiliza en la estimulación de los procesos cognitivos en los usuarios, a través de la terapia interactiva que potencien los aprendizajes dentro del C.T.A.

Terapia Interactiva

Conjunto de acciones basadas en actividades frente a una computadora mediante, a imagen, movimientos y sonidos, que estimulan los procesos cognitivos básicos, para acceder al aprendizaje.

Evaluación Neuropsicológica

Sirve para conocer el desarrollo en niños, niñas y adolescentes y la conservación en adultos de las funciones psicológicas superiores (atención, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas y motricidad) y poder elaborar planes y programas de intervención que favorezcan el aprendizaje en niños, niñas y adolescentes, y la inclusión social y laboral en adultos.

Aparatos Rehabilitatorios y Ayudas Funcionales: Los destinados para facilitar la vida cotidiana de las Personas con discapacidad, permanente o transitoria.

PCI: Parálisis Cerebral Infantil

Estudio socioeconómico: Actividad que se realiza para comprobar la dependencia económica de un familiar con respecto a un servidor público.

Auxiliar Auditivo: Dispositivos electrónicos que pueden amplificar los sonidos.

Prótesis: Es una extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo que falta por diversas razones.

Audiometría: Es un examen que tiene por objeto el estudio de las alteraciones de la audición.

Optometría: es la ciencia encargada del cuidado primario de la salud visual, a través de acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y corrección de defectos refractivos, acomodativos, musculares y enfermedades del segmento anterior. También se ocupa del diseño, cálculo, adaptación y control de lentes de contacto y lentes oftálmicas.



Albergado/a.- Persona que encuentra casa o refugio, bajo resguardo de Instituciones o lugares establecidos para este fin.

Beneficiario/a.- Persona que recibe el beneficio de un servicio.

Equino.- Los equinos (caballos, cebras y asnos) son animales cuadrúpedos (es decir, que tienen cuatro patas). Sus patas son por lo general largas pero al mismo tiempo fuertes.

Equinoterapia.- Es una terapia complementaria a las ya existentes, que utiliza el caballo como mediador para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad física, psíquica y sensorial, problemas de salud mental y/o problemas de adaptación social.

Médico en Rehabilitación.- Es el médico especialista en atender las lesiones del sistema músculo esquelético, y neurológico que tienen un impacto funcional en el paciente, evalúa el dolor o las secuelas de la lesión le afectan al paciente en cuanto a su capacidad de movimiento y en la realización de sus actividades de la vida diaria y en su capacidad laboral y su inclusión social. La gama de afecciones que atiende es amplia y varía desde síndromes dolorosos comunes como problemas de hombro, o lumbalgias, hasta afecciones tan complejas como lesionados medulares o amputaciones.

Sesión.- Acto temporalmente acotado en que se desarrolla una actividad o un proceso.

Equipamiento: Suministro o entrega del equipo necesario para desarrollar una actividad o trabajo.

Rehabilitación: Es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales.

U.B.R.: Unidad Básica de Rehabilitación.

C.R.I.: Centro de Rehabilitación Integral

Integral: idea de totalidad o globalidad alrededor de una determinada cuestión

Estomatología: Rama de la medicina que se dedica al estudio de la boca y sus patologías



SEDIF: Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia

SMDIF: Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Accesibilidad.- Combinación de elementos constructivos y operativos que permitan a cualquier persona con discapacidad, entrar, desplazarse, salir, orientarse, comunicarse y obtener información, con un uso seguro, autónomo y cómodo en los espacios construidos, en el mobiliario, el transporte, la información y las comunicaciones.

Accesibilidad Universal.- Condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos e instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad, comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Para ello se apoya en el Diseño Universal.

Calidad de vida.- Concepto genérico que refleja interés en modificar y mejorar las condiciones de la vida, como el medio ambiente, físico, político, moral y social. La calidad de vida requiere, por una parte, el ejercicio pleno de los derechos y, por la otra, el igual acceso a las oportunidades.







REGISTRO: GEP1719/08/0002C/05/18MP0718

Valida:

Santiago Benítez Salazar
SBS (DEPSDIF)
Junio 2018

Autoriza:

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/II/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 última reforma 06/III/2017, se AUTORIZA la expedición del presente MANUAL DE PROCEDIMIENTOS del Organismo Público, Junio de 2018.

