

- Un inmueble con espacio lo suficientemente grande y acondicionado para el fin requerido.
  - Deberá contar como mínimo con cuatro áreas bien definidas:
    - a) Área de Talleres
    - b) Área de preparación de Alimentos (cocina)
    - c) Área de comedor
    - d) Baño, preferentemente uno para hombres y uno para mujeres
    - e) Áreas verdes (no Indispensables)
  - Contar con red de drenaje, agua potable, gas y energía eléctrica.
  - Todos los espacios deberán contar con buena ventilación e iluminación
  - El área de comedor debe estar bien acondicionada y con el mobiliario adecuado.
  - Contar con colores y señalética, que proporcionen uniformidad en la imagen de todas las Estancias de Día.
  - Contar con Dictamen de Protección Civil Municipal, avalando el espacio destinado a la Estancia de Día.
9. Por cada equipamiento o reequipamiento de estancia de día se realizará firma de convenio de coordinación y donación condicional entre el SEDIF y el municipio beneficiado.



## Descripción del Procedimiento DESDAM-01

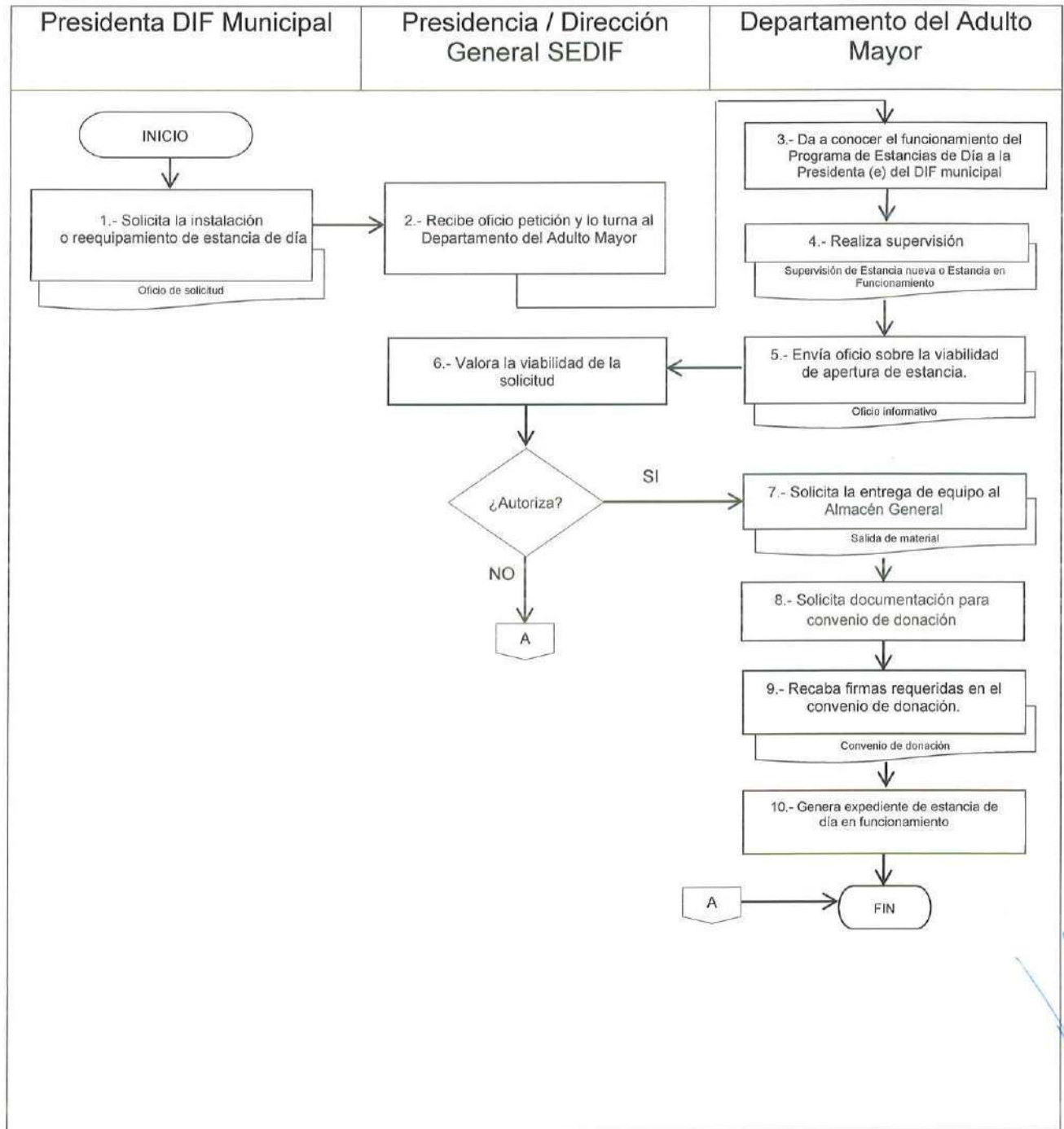
Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Inicio del Procedimiento</b>		
Presidenta (e) del DIF municipal	1.- Entrega oficio de solicitud para instalación o reequipamiento de estancia de día	Oficio de solicitud
Presidencia / Dirección General SEDIF	2.- Recibe oficio petición y lo turna al Departamento del Adulto Mayor	
Departamento del Adulto Mayor	3.- Da a conocer el funcionamiento del Programa de Estancias de Día a la Presidenta (e) del DIF municipal solicitante y acuerda fecha para realizar supervisión del espacio destinado para la estancia de día.	
	4.- Supervisa el inmueble para verificar si ya se encuentra en condiciones de equipar o reequipar.	Formato de Supervisión de Estancia Nueva o Estancia en funcionamiento
	5.- Envía oficio a la Dirección General SEDIF o a Dirección de Ecología de la Salud sobre la viabilidad de equipamiento o reequipamiento de estancia.	Oficio informativo
Presidencia / Dirección General SEDIF	6.- Valora la viabilidad de la solicitud, si no autoriza finaliza el procedimiento; si autoriza (continuar con el flujo de diagrama)	
Departamento del Adulto Mayor	7.- Solicita equipo al Almacén general para que sea enviado al municipio.	Salida de material
	8.- Solicita al municipio beneficiado la documentación necesaria para la elaboración del convenio de donación.	Convenio de donación



Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Continúa Procedimiento</b>		
Departamento del Adulto Mayor	9.- Recaba firmas requeridas en el convenio de donación	
	10.- Genera expediente de estancia de día en funcionamiento.	Expediente de estancia de día.
<b>Fin del procedimiento</b>		



## Diagrama de Flujo DESDAM-01



## Anexos DESDAM-01

### Formato I. FORMATO DE SUPERVISIÓN DE ESPACIO DE ESTANCIA NUEVA

DATOS MUNICIPIO SOLICITANTE		
FECHA DE SUPERVISION	DELEGACION REGIONAL SEDIF	
MUNICIPIO SOLICITANTE		
PRESIDENTA SMDIF	TELEFONO	CORREO
DOMICILIO PROPUESTO PARA ESTANCIA		
TOTAL DE PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL MUNICIPIO: _____		
CANTIDAD DE ADULTOS MAYORES (PADRON) QUE SERÁ ATENDIDA EN LA ESTANCIA : _____		
DATOS DEL INMUEBLE PROPUESTO		
ES PROPIO <input type="checkbox"/>	ES RENTADO <input type="checkbox"/>	ES PRESTADO <input type="checkbox"/>
ESTÁ EN COMODATO <input type="checkbox"/>		
CUENTA CON INSTALACIONES DE		
AGUA <input type="checkbox"/>	DRENAJE <input type="checkbox"/>	ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/>
TUBERÍA DE GAS <input type="checkbox"/>		
TIENE LAS SIGUIENTES ÁREAS		
COCINA <input type="checkbox"/>	BAÑOS M <input type="checkbox"/>	AREA PARA TALLERES <input type="checkbox"/>
ILUMINACION NATURAL <input type="checkbox"/>		
COMEDOR <input type="checkbox"/>	BAÑOS H <input type="checkbox"/>	AREAS VERDES <input type="checkbox"/>
AREA PARA ALMACINAR ALIMENTOS <input type="checkbox"/>		
ACCESO PRINCIPAL SEGURO? <input type="checkbox"/>	OTRAS ÁREAS, CUALES? : _____	
LA PRESIDENTA DEL SMDIF SE COMPROMETE A		
HABILITAR EL INMUEBLE DE ACUERDO A LAS NECESIDADES, ASI COMO A RECABAR EL DICTAMEN DE PROTECCIÓN CIVIL MUNICIPAL, ASIMISMO COLOCAR: SEÑALÉTICA <input type="checkbox"/>		
EXTINTORES <input type="checkbox"/>		
RAMPAS <input type="checkbox"/>	PASAMANOS <input type="checkbox"/>	LETREROS Y RÓTULOS <input type="checkbox"/>
PINTURA <input type="checkbox"/>		
SALIDAS DE EMERGENCIA <input type="checkbox"/>	PUNTO DE REUNION <input type="checkbox"/>	
A DAR LOS SERVICIOS DE DIVERSOS TALLERES, Y EN OTORGAR ALIMENTACION DIARIA A LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTAN A LA ESTANCIA DE DIA; ACTUALMENTE CUENTA CON UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES.		
OBSERVACIONES Y DIAGNÓSTICO		
1.-	_____	
2.-	_____	
3.-	_____	
4.-	_____	
ACUERDOS		
1.-	_____	
2.-	_____	
3.-	_____	
4.-	_____	
PRESIDENTA SMDIF (NOMBRE Y FIRMA)		DELEGACION REGIONAL SEDIF (NOMBRE Y FIRMA)
(SE DEBERAN ANEXAR FOTOGRAFIAS DEL INMUEBLE PROPUESTO A LA PRESENTE SUPERVISION)		



## Formato II. FORMATO DE SUPERVISIÓN DE ESTANCIA EN FUNCIONAMIENTO

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE PUEBLA  
 DIRECCION DE ECOLOGIA DE SALUD / DEPARTAMENTO DEL ADULTO MAYOR  
**SUPERVISION DE ESTANCIA DE DIA**  
 DATOS GENERALES

FECHA DE SUPERVISION	DELEGACION REGIONAL SEDIF	ESTANCIA DE DIA DEL MUNICIPIO DE
NOMBRE DE LA ESTANCIA	PRESIDENTA SMDIF / CORREO	
DOMICILIO DE LA ESTANCIA	COORDINADOR(A) DE ESTANCIA / CORREO	
TELEFONOS:		

CONDICIONES DE LAS INSTALACIONES	CONDICIONES DE LAS INSTALACIONES				
	EXCELENTE	BIEN	REGULAR	MAL	PÉSIMAS
BÁSICAS					
AGUA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DRENAJE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LUZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AREAS COMUNES					
COCINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMEDOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TALLERES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BAÑOS MUJERES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BAÑOS HOMBRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AREAS VERDES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PINTURA DE FACHADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PINTURA INTERIOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROTECCION CIVIL DICTAMEN ACTUALIZADO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	EXTINTOR RECARGADO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
LETREROS Y RÓTULOS EN BUENAS CONDICIONES Y VISIBLES				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**ACTIVIDADES Y SERVICIOS DE LA ESTANCIA**

DIAS DE LABORES:  L  M  M  J  V  S      HORARIO DE: \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

TALLERES QUE OTORGA

1.- _____	5.- _____
2.- _____	6.- _____
3.- _____	7.- _____
4.- _____	8.- _____

ALIMENTOS:    DESAYUNO     COMIDA     MERIENDA

LOS ALIMENTOS SON COBRADOS?     NO     SI    ¿POR QUÉ? \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA SUPERVISION**

AL MOMENTO DE LA SUPERVISIÓN, SE ENCONTRABA FUNCIONANDO LA ESTANCIA?     SI     NO

MOTIVO POR EL CUAL NO ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO: \_\_\_\_\_

¿QUE ACTIVIDAD SE ESTABA REALIZANDO? \_\_\_\_\_

¿CUÁNTOS ADULTOS MAYORES ESTABAN PRESENTES?     MUJERES     HOMBRES   

(ANEXAR LISTA DE ASISTENCIA DEL DIA QUE SE SUPERVISA, O DEL DIA ANTERIOR)

¿CUENTA CON EXPEDIENTES DE LOS ADULTOS MAYORES?     SI     NO

SI NO CUENTA CON EXPEDIENTES, CUANDO LOS TENDRÁ INTEGRADOS? \_\_\_\_\_

**ACUERDOS**

1.- \_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_

3.- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 COORDINADOR(A) ESTANCIA

\_\_\_\_\_  
 SUPERVISOR(A) DELEGACION REGIONAL SEDIF





## Formato IV: FORMATO DE PADRÓN DE BENEFICIARIOS

NO.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	DOMICILIO	LOCALIDAD	SAHELES Y ESCRIB.	CUENTA CON PERMANA	CLASIFICACION SEGUNDA	ESTADO CIVIL	VIVE CON	DEPEND. ECONOMICA	PERSONAS / FAMILIA	STANCIAS MERCOS CON QUE CUENTA
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																



Estancia de Día de

PADRÓN DE ADULTOS MAYORES

NOMBRE ESTANCIA: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO ESTANCIA: \_\_\_\_\_  
DELEGACION REGIONAL SEDIF: \_\_\_\_\_  
FECHA DE ELABORACION: \_\_\_\_\_



ELABORA  
Nombre y cargo

REVISAR  
Nombre y firma de Presidente del SDIF

VALIDAR  
Nombre y Sello de la Delegación Regional SEDIF

AUTORIZAR  
Jefe del Departamento de Adulto Mayor

## Anexo I. EQUIPO REGULAR PARA EL EQUIPAMIENTO DE UNA ESTANCIAS DE DÍA

- ALACENA DE 2 PUERTAS
- ARROCERA DEL No. 40
- ARROCERA DEL No. 50
- BÁSCULA CLÍNICA CON ALTÍMETRO.
- BATIDORA ELÉCTRICA
- CUCHARA DE SERVICIO DE ACERO INOXIDABLE
- CUCHARA SOPERA
- CUCHARÓN DE ACERO INOXIDABLE
- CUCHILLO DE MESA
- CUCHILLO DE USO GENERAL
- CUCHILLO PARA LEGUMBRES
- LICUADORAS
- MESA CUADRADA
- MESA DE TRABAJO DE 1.80 X 75
- OLLA EXPRESS DE 8 LITROS
- PARRILLA DE 3 QUEMADORES
- BOWL SOPEROS
- REFRIGERADOR VERTICAL
- SARTÉN DE ACERO NO. 32
- SARTÉN DE ACERO NO. 40
- SILLAS DE PLÁSTICO AZUL
- TABLA PARA PICAR
- TAZA PARA CAFÉ
- TENEDOR DE MESA DE ACERO INOXIDABLE
- VAPORERA DE 26 LITROS DE ACERO INOXIDABLE
- VASO GRANDE
- VOLTEADOR
- HORNO PARA PAN (para los casos en los que se cuente con un proyecto productivo de panadería)

**NOTA:** La cantidad a entregar de cada artículo dependerá de la población de las personas adultas mayores atendidas en cada caso y de la disponibilidad en el inventario del programa.

## Procedimiento DESDAM-02

### Formación de grupos gerontológicos

Tiempo Promedio: 30 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
 <b>Judith Sánchez            Martínez            JSM (DAM)            Junio 2018</b>	 <b>Judith Sánchez            Martínez            JSM (DAM)            Junio 2018</b>	 <b>Argelina Selenita            Méndez Olguín            ASMO (DES)            Junio 2018</b>

<b>Objetivo</b>	Coordinar e impulsar la formación de grupos gerontológicos, en los que se brinde atención integral a las personas adultas mayores de la comunidad, favoreciendo su adecuada integración social y familiar a través de actividades ocupacionales, recreativas, sociales y de ocupación del tiempo libre, garantizando siempre sus derechos.
<b>Normas y Políticas de Operación</b>	Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla
<b>Responsables</b>	Departamento del Adulto Mayor
<b>Áreas Involucradas</b>	Presidenta (e) del Sistema Municipal DIF, Departamento del Adulto Mayor, Delegación Regional del SEDIF.
<b>Recursos</b>	Formato de padrón de grupos gerontológicos; Formato de datos del grupo gerontológico.



## Normas y Políticas de Operación DESDAM-02

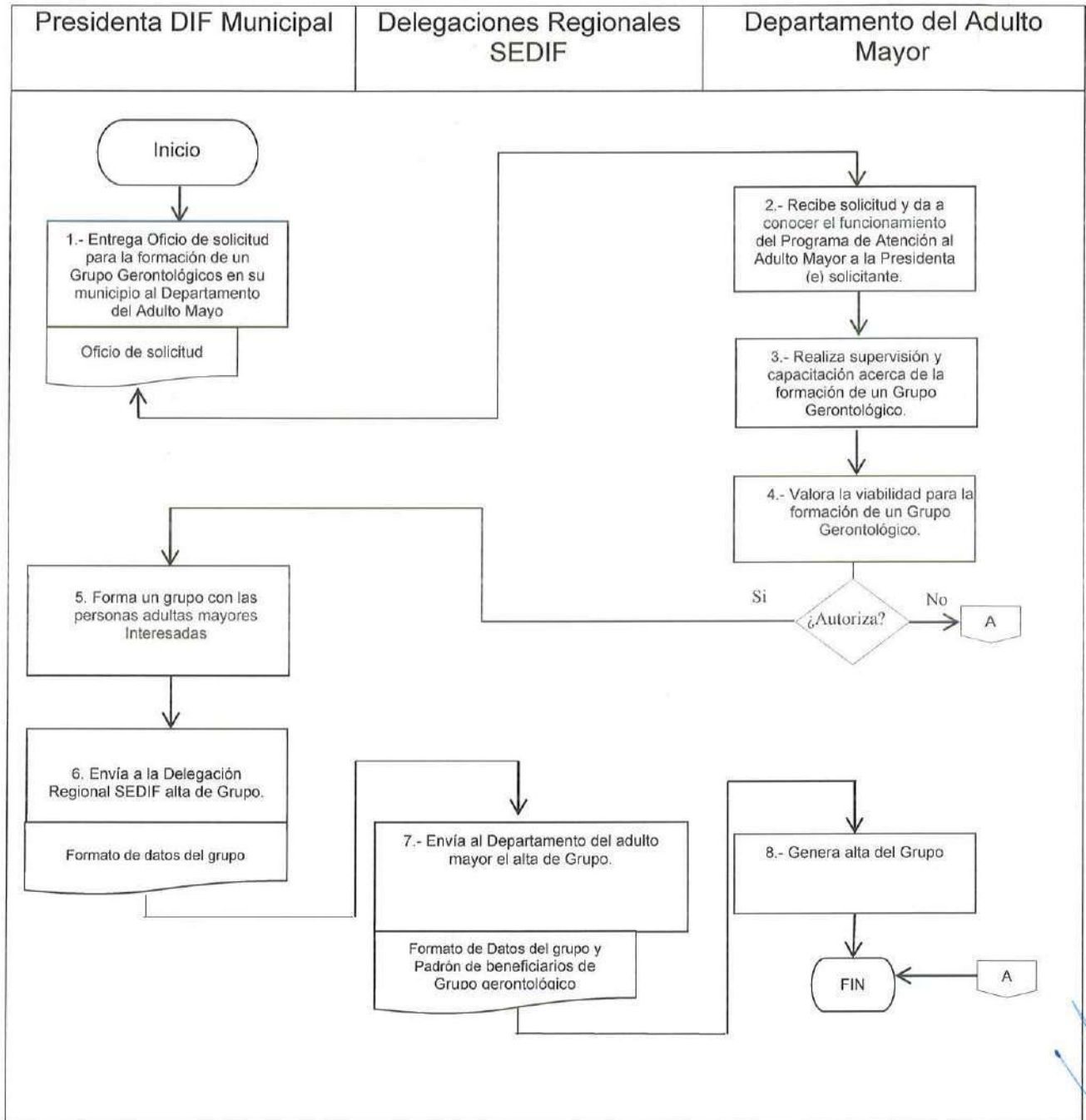
1. El Programa de Atención al Adulto Mayor normará, coordinará la formación de Grupos gerontológicos para las personas adultas mayores.
2. La Delegación Regional SEDIF en coordinación con el Departamento del Adulto Mayor se encargaran de vigilar el funcionamiento de los Grupos gerontológicos
3. El Sistema Municipal DIF es responsable de la atención integral y prestación de apoyos diversos a las personas adultas mayores que habitan en su municipio, pudiendo otorgarles de manera total o parcial según su infraestructura y recursos con que cuente.
4. El Sistema Municipal DIF convocará a las personas adultas mayores de su localidad y dará a conocer el Programa del Adulto Mayor y sus beneficios al formar un grupo gerontológico.
5. El SMDIF deberá informar vía oficio al Departamento del Adulto Mayor del SEDIF la existencia de cada grupo gerontológico
6. El Departamento del Adulto Mayor del SEDIF, dará de alta cada grupo gerontológico en funcionamiento con la finalidad de cuantificarlos y apoyar en el desarrollo de actividades.
7. Por medio de las Delegaciones Regionales SEDIF, cada grupo gerontológico informará sus actividades a través de un reporte mensual enviado al Departamento del Adulto Mayor del SEDIF.
8. El SEDIF proporcionará mensualmente despensas individuales a las personas adultas mayores de 65 años en adelante y que de acuerdo al estudio socioeconómico aplicado por las Delegaciones Regionales resulten candidatos a éste beneficio, siempre y cuando se cuente con existencia suficiente disponible para lo anterior. Estos insumos serán depositados en las Delegaciones Regionales del SEDIF, de acuerdo al calendario establecido por la Dirección de Alimentación y Desarrollo Comunitario del Organismo. La entrega de las despensas estará sujeta a la priorización y autorización de la Dirección de Alimentación y Desarrollo Comunitario.

## Descripción del Procedimiento DESDAM-02

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Inicio del Procedimiento</b>		
Presidenta (e) del Sistema Municipal DIF	1.- Entrega Oficio de solicitud para la formación de un Grupo Gerontológicos en su municipio al Departamento del Adulto Mayor.	Oficio de solicitud
Departamento del Adulto Mayor	2.- Recibe solicitud y da a conocer el funcionamiento del Programa de Atención al Adulto Mayor a la Presidenta (e) solicitante	
	3.- Realiza supervisión y capacitación acerca de la formación de un Grupo Gerontológico.	
	4.- Valora la viabilidad para la formación de un Grupo Gerontológico. Si no autoriza finaliza el procedimiento, si autoriza continua con el flujo de diagrama.	
Presidenta (e) del Sistema Municipal DIF	5.- Forma un grupo con las personas adultas mayores interesadas.	
	6. Envía a la delegación regional SEDIF el alta de Grupo.	Formato de Datos del grupo.
Delegación Regional del SEDIF	7.- Envía al Departamento del Adulto Mayor el alta de Grupo.	Formato de Datos del grupo y Padrón de beneficiarios de Grupo gerontológico.
Departamento del Adulto Mayor	8.- Genera alta del Grupo.	
<b>Fin del procedimiento</b>		



## Diagrama de Flujo DESDAM-02



## Anexos DESDAM-02

### Formato I. FORMATO DE PADRÓN DE GRUPOS GERONTOLÓGICOS



**PADRÓN DE ADULTOS MAYORES**  
 NOMBRE DEL GRUPO de: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO DEL GRUPO de: \_\_\_\_\_  
 DELEGACIÓN REGIONAL SDIF: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_\_\_

NO.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	EDAD DE NACIMIENTO	sexo	DOMICILIO	LOCALIDAD	SABER LER Y ESCRIBIR	CUENTA CON PASAPORTE	CUENTA CON SERVIDOR CIVIL	ESTADO CIVIL	VIVE CON ECONOMÍA FAMILIAR	PRESENTE ALGUN TIPO DE ENFERMEDAD	PRESENTE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD	SITUACIÓN ACTUAL CON OTRO TIPO DE CARIERAS
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															

ELABORA  
Nombre y cargo

REVISAR  
Nombre y firma de Presidente del SMDIF

VALIDAR  
Nombre y sello de la Delegación Regional SDIF

AUTORIZAR  
Jefe del Departamento del Adulto Mayor



## Formato II. FORMATO DE DATOS DEL GRUPO GERONTOLÓGICO

**DIF**  
 SISTEMA ESTATAL PUEBLA  
 INTEGRANDO FAMILIAS  
 con Amor

Dirección de Ecología de la Salud  
 Departamento del Adulto Mayor  
 Programa Atención al Adulto Mayor (PAAM)  
**DATOS DEL GRUPO GERONTOLÓGICO**

Delegación	Municipio:	localidad:	
tel. DIF Municipal	ext.:	correo electrónico:	
Nombre de la Presidenta:	tel.:	cel.:	correo electrónico:
Responsable Municipio:	tel.:	cel.:	correo electrónico:
Cargo del Responsable Municipio:			
Nombre del grupo gerontológico	Padrón	Cuantos hombres	cuantas mujeres
Lugar de reunión?	CASA DEL ADULTO MAYOR, CENTRO DE RECREACIÓN, ETC.		dias de reunión
Domicilio del Lugar de reunión	Desde que tiempo se reúnen?		Hora de reunión
Nombre del Coordinador Grupo	tel.:	cel.:	
Actividades que realizan			
1.-	2.-	3.-	
4.-	5.-	6.-	
<b>OBSERVACIONES</b>			
Fecha de elaboración			



## Procedimiento DESDAM-03

### Procedimiento para recibir los servicios del Centro de Gerontología "Casa del Abue"

Tiempo Promedio: 1 día

Elabora:	Valida:	Autoriza:
 <b>Maricruz Ríos Beltrán</b> <b>MRB (CGCA)</b> <b>Junio 2018</b>	 <b>Judith Sánchez Martínez</b> <b>JSM (DAM)</b> <b>Junio 2018</b>	 <b>Argelina Selenita Méndez Oiguín</b> <b>ASMO (DES)</b> <b>Junio 2018</b>

**Objetivo**

Otorgar a la población adulta mayor del Estado de Puebla, servicios integrales que le permitan mejorar su calidad de vida, brindándoles atención médica, psicológica, social, jurídica, física, recreativa, ocupacional y cultural.

**Normas y Políticas de Operación**

Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla / NOM-031-SSA3-2012, Asistencia Social. Prestación de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad

**Responsables**

Departamento del Adulto Mayor

**Áreas Involucradas**

Coordinación Médica, Coordinación Administrativa, Actividades Integrales y Adulto Mayor.

**Recursos**

Formato R-P8-1; Estudio socioeconómico R-P38-1 Expediente; Historia clínica R-CM-; Avisando a mi Salud R-CM-9; Horarios R-P14-1, 2, 3; Cedula de Actividades Integrales R-P14-6; Credencial.



## Normas y Políticas de Operación DESDAM-03

1. Brindar a las personas Adultas Mayores herramientas efectivas para obtener una salud orientada a alcanzar la independencia, la funcionalidad y la integración activa a su núcleo familiar y social.
2. Fomento a las personas Adultas Mayores el cambio de hábitos hacia estilos saludables de vida y el auto cuidado como primera acción de prevención.
3. Fomentar la terapia ocupacional en las personas Adultas Mayores, de manera que se mantengan productivos.
4. Capacitar y actualizar al personal, brindándoles herramientas que les permitan estar a la vanguardia en materia de atención social y servir con calidad y calidez, desarrollando sus conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes hacia las personas Adultas Mayores.
5. Involucrar a grupos de familias y miembros de la comunidad en la Atención Integral a las personas Adulta Mayores.
6. Solo se otorgará la credencial a las personas Adultas Mayores del Estado de Puebla (60 años cumplidos o más) que cumplan con los requisitos establecidos para su entrega y se presenten en las instalaciones del Centro de Gerontología Casa del Abue, presentando los siguientes documentos:
  - Copia de Credencial de Elector
  - Copia de Comprobante de domicilio, no mayor a 2 meses.
7. Para tener acceso a los servicios del Centro de Gerontología "Casa del Abue", deberá tener su Credencial de afiliación y registrar su entrada en el Módulo de recepción.
8. Todas las personas Adultas Mayores que acudan al Centro de Gerontología "Casa del Abue" a recibir los servicios Médicos, asistenciales y actividades recreativas culturales deberán de contar con un número de expediente.

## Descripción del Procedimiento DESDAM-03

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Inicio del Procedimiento (Primera Vez)</b>		
Área Administrativa	1.- Registra la entrada en recepción y revisa si es de primera vez o subsecuente. Si es de primera vez continúa en paso 2, si es subsecuente continúa en paso 9.	
	2.- Solicita documentos y comienza proceso de credencialización	Copia de Credencial de Elector Copia de comprobante de domicilio Formato R-P8-1
Área médica	3.- Realiza entrevista estudio socioeconómico	Estudio socioeconómico R-P38-1
	4.- Abre expediente de usuario	Expediente
	5.- Realiza revisión clínica en nutrición, psicología, estomatología y medicina general y entrega documento "avisando de mi salud"	Historia clínica R-CM-1 Avisando a mi Salud R-CM-9
Actividades integrales	6.- Informa de las actividades recreativas, culturales y educativas de las que dispone el adulto mayor	Horarios R-P14-1, 2, 3.
	7.- Inscribe al adulto mayor a las actividades de su interés y le entrega, cédula de actividades Integrales.	Cedula de Actividades Integrales R-P14-6
Área administrativa	8.- Entrega credencial de la inscripción una vez que muestra su cédula que comprueben que terminó el proceso inicial	Credencial



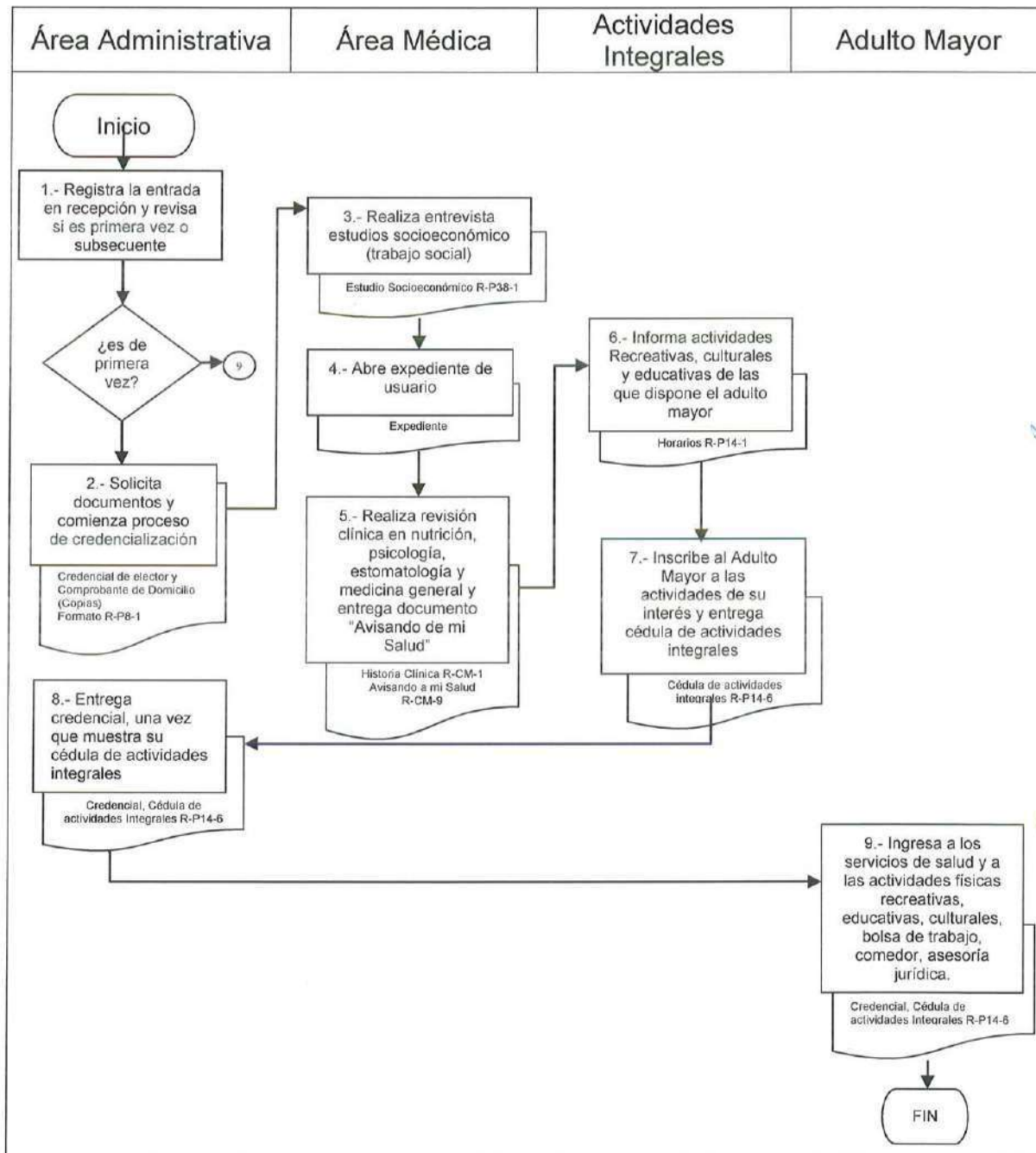
Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Continua Procedimiento</b>		
Adulto mayor	9.- Ingresa a los servicios de salud y a las actividades físicas recreativas, educativas, culturales, bolsa de trabajo, comedor, asesoría jurídica.	Credencial
<b>Fin del procedimiento</b>		

*[Handwritten blue scribbles and signatures on the right margin]*



*[Handwritten blue scribble]*

## Diagrama de Flujo DESDAM-03



## Anexos DESDAM-03

### Formato I. Formato de Solicitud de Credencialización

	<b>SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE PUEBLA</b>		CODIGO: R-P8-1
			FECHA: ____ / ____ / ____
		FOLIO: _____	
<b>COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA</b> <b>SOLICITUD DE CREDENCIAL PARA ADULTO MAYOR</b>		NUEVA <input type="checkbox"/>	REPOSICION <input type="checkbox"/>
NOMBRE _____		SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO _____		MUJER <input type="checkbox"/>	
		DIA                      MES                      AÑO	
DIRECCION _____		No. EXT                      No. INT	
COLONIA _____			
ENTRE QUE CALLES _____			
LOCALIDAD _____		MUNICIPIO _____	
CODIGO POSTAL _____		TELEFONO _____	
CURP _____		FOLIO IFE _____	
EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A: _____			
PARENTESCO _____		TELEFONO _____	
FIRMA O HUELLA: _____			



## Formato II. Formato de Estudio Socioeconómico

**CENTRO DE GERONTOLOGÍA CASA DEL ABUE**  
**ESTUDIO SOCIOECONÓMICO**  
**TRABAJO SOCIAL**

FECHA: \_\_\_\_\_ No. De Expediente: \_\_\_\_\_

DATOS DE IDENTIFICACIÓN			
Nombre del paciente		Sexo	
Domicilio		Celular:	
		Casa:	
Edad	Fecha de Nacimiento	Religión	
Escolaridad	Ocupación Anterior:	Ocupación Actual:	
¿Padece alguna enfermedad? _____			
ESTRUCTURA FAMILIAR			
Estado civil:		Nombre del Conyuge:	
Edad del Conyuge:		Ocupación del Conyuge:	
No. De Hijos		Nombres de los hijos:	
Edades de los hijos:		Estado civil de los hijos:	
Residencia de los Hijos: _____			
¿En qué trabajan? _____			
Nombre del Responsable:		Celular:	3 79 59 17
		Telefono Casa:	
Dirección del responsable:		Ocupación	
SITUACIÓN ECONÓMICA			
¿Cuántas personas aportan dinero al hogar?		Total de ingresos	
¿Pensionado y Jubilado?		Otras redes de apoyo	Parentesco
¿Es derecho habiente?	IMSS <input type="checkbox"/>	ISSSTE <input type="checkbox"/>	ISSSTEP <input type="checkbox"/> Otros: _____
¿cuánto paga en servicios fijos?	Luz	Teléfono	Gas
TIPO DE VIVIENDA			
Tenencia de la vivienda	Propia _____	Rentada _____	Prestada _____
Casa sola	Departamento	No. De personas que habitan	
¿Cuenta con todos los servicios?		¿Qué zona pertenece?	
¿Cuántos adultos?		¿Cuántos niños?	
OBSERVACIONES			
Rango _____			
DX Social _____			
TX Social _____			
Nombre del Trabajador Social	T.S. Nora Estela Zavala Montaño	Firma	

### Formato III. Formato de Historia Clínica

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

**NÚMERO DE EXPEDIENTE:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL MEDICO:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MEDICO:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

PAG. 1  
REC. 1

*[Handwritten signature and scribbles]*

*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*

**DIF** Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla **Casa del ABUE**  
COORDINACIÓN MÉDICA

**DATOS GENERALES**

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

EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

OCCUPACIÓN ACTUAL: \_\_\_\_\_

OCCUPACIÓN PREVIA: \_\_\_\_\_

LUGAR DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ RELIGIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

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

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

CANALIZADO POR: \_\_\_\_\_

SEGURIDAD SOCIAL: \_\_\_\_\_

9 CM-1  
PAB. 2

### Formato IV. Formato Avisando de mi Salud

**DIF** Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla **Casa del ABUE**  
COORDINACIÓN MÉDICA

**AVISANDO DE MI SALUD**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ NO EXP: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ TA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

DX: \_\_\_\_\_

RESTRICCIONES: \_\_\_\_\_

ACTIVIDADES PERMITIDAS: \_\_\_\_\_

Es mi compromiso el sujetarme a las disposiciones médicas, de no hacerlo así, queda libre de toda responsabilidad la Unidad Gerontológica "LA CASA DEL ABUE"

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Nombre y Firma de conformidad del Adulto Mayor: \_\_\_\_\_

Calle 11 Norte No. 1810. Barrio de Santa Anita Puebla, Pue. Ex-Fabrica de San Alfonso

9 CM-2





## Formato VI. Cédula de Actividades Integrales

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

**ACTIVIDADES INTEGRALES**

AÑO: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EXP. MÉDICO: \_\_\_\_\_

R-P14-6

*[Handwritten signature and scribbles]*

## Formato VII. Credencial

**DIF** **INTEGRANDO FAMILIAS**

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

**BARAJA:** \_\_\_\_\_

**CURP:** \_\_\_\_\_

**IFE:** \_\_\_\_\_

**DIRECCION:** \_\_\_\_\_

**COL:** \_\_\_\_\_

**TEL:** \_\_\_\_\_

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

**EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR:** \_\_\_\_\_

**TEL:** \_\_\_\_\_

**EXP 38212 R A**

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DEL ADULTO MAYOR**  
**CENTRO DE GERONTOLOGÍA CASA DEL ABUE**

*[Handwritten initials]*



---

## Procedimientos del Departamento de Control y Seguimiento de las Casas Infantiles

---

**C. Jorge Armando Osorio Tesillos**  
Jefe del Departamento Control y  
Seguimiento de las Casas Infantiles



## Procedimiento DESDCSCI-01

### Procedimiento de ingreso a Casa de la Niñez Poblana (CNP)

Tiempo Promedio: 25 minutos

Elabora:	Valida:	Autoriza:
 <b>Carla Verónica Incháustegui Casanova CVIC (CNP) Junio 2018</b>	 <b>Jorge Armando Osorio Tesillos JAOT (DCSCI) Junio 2018</b>	 <b>Argelina Selenita Méndez Oigún ASMO (DES) Junio 2018</b>

<b>Objetivo</b>	Obtener datos generales y el motivo de ingreso de los niños o niñas, mediante el llenado de la Ficha de Ingreso, con la finalidad de mantener un expediente en el albergue para control y orden de la información.
<b>Normas y Políticas de Operación</b>	Reglamento Interior del 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>	Casa de la Niñez Poblana
<b>Áreas Involucradas</b>	Coordinador(a), Enfermería, Área de ingreso
<b>Recursos</b>	Expediente



## Normas y Políticas de Operación DESDCSCI-01

1. Llevar a cabo el protocolo establecido en el procedimiento.
2. Dar a conocer los lineamientos generales.
3. Conocer el seguimiento oportuno del procedimiento.
4. Los niños y niñas menores a 13 años en estado vulnerable que sean puestos bajo la tutela del SEDIF por la autoridad competente hasta que sea definido su situación legal e integración a la familia y sociedad, permanecerán bajo cuidado y protección en Casa de la Niñez Poblana.
5. Llevar el control de los expedientes de cada ingreso, con los formatos de ingreso, e identificación del paciente con su historial médico, realizando actualización de la información contenida en los mismos de forma periódica.
6. Realizar valoraciones periódicas sobre la salud física y mental de los niños y niñas albergadas, tanto médica, psicológica, odontológica y nutricional que permita medir su estado de bienestar o tomar las decisiones pertinentes que contribuyan a mejorar su condición durante su estancia en la casa.
7. Crear planes de desarrollo de acuerdo a las características que tenga cada ingreso, que brinde una atención integral de acuerdo a los niños y niñas formando en ellos los valores morales de responsabilidad, creatividad, socialización, que le permitan una sana convivencia con la sociedad.
8. Dar un puntual seguimiento y vigilancia al desarrollo educativo de los niños y niñas durante su permanencia en el albergue.
9. Realizar y programar actividades educativas y recreativas que coadyuven con el desarrollo integral y aprendizaje de los niños y niñas, adecuados a sus edades.
10. Para su ingreso se debe presentar la siguiente documentación:
  - Oficio de la Procuraduría de Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y Dirección de Asistencia Jurídica, a través del Departamento de la Defensa de la Infancia y la Familia o bien Ministerio Público donde se autoriza su ingreso.
11. El servicio se extiende para todos aquellos niñas y niños que encuadren en la edad objetivo de cada albergue y que sean colocados bajo la custodia legal del SEDIF a través de mandato de ley y enviados por el Ministerio Público, por lo que cualquier niña, niño y/o adolescente de cualquier nacionalidad que se encuentre en desamparo y que cumpla con el perfil de edad y de ingreso, podrá obtener los servicios de los albergues.

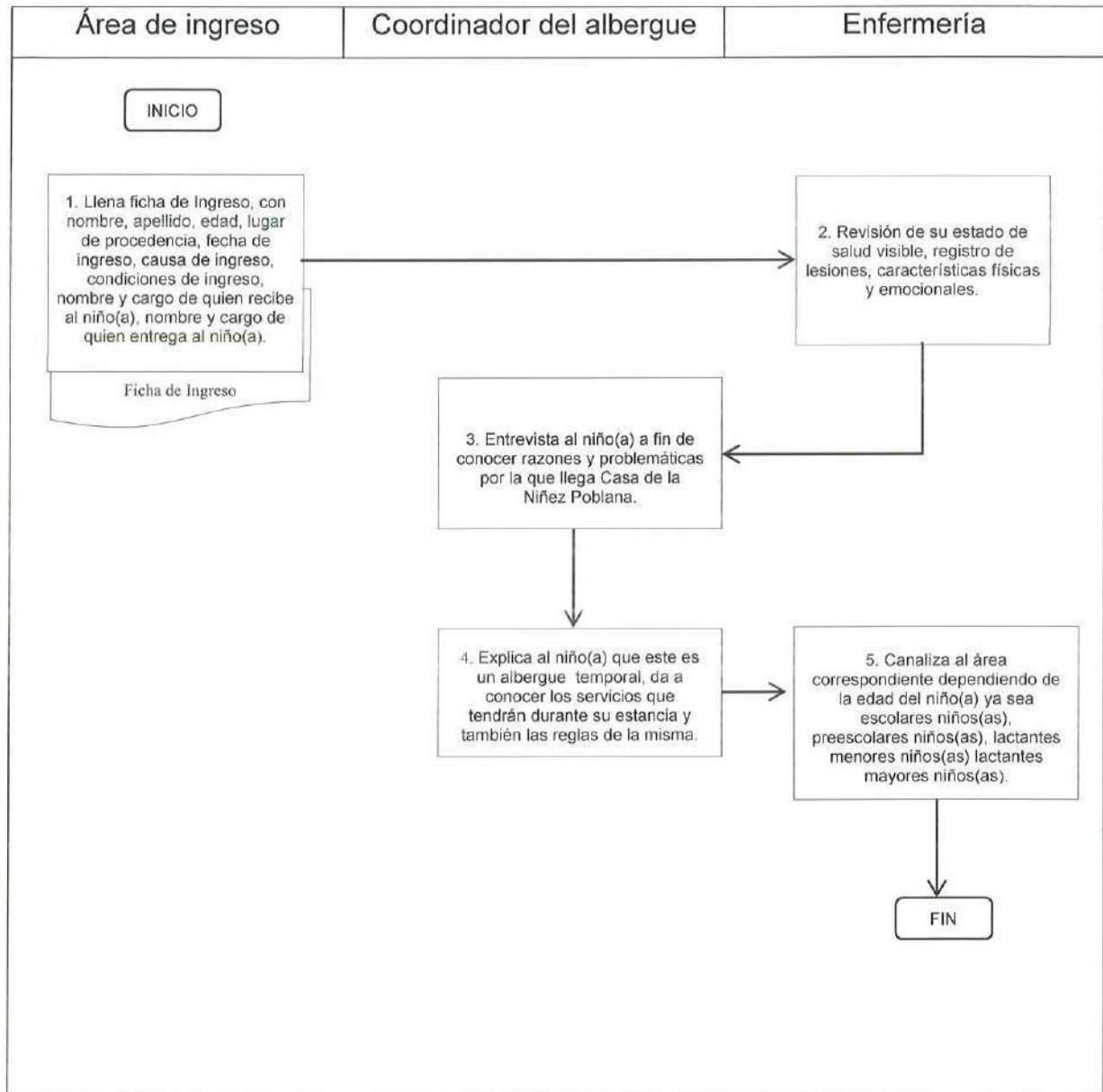


12. El beneficiario tendrá derecho a recibir albergue, hospedaje, alimentación, servicios médicos, actividades lúdicas educativas y actividades recreativas, así como apoyo psicológico, vestido y calzado.
13. Recibir al niño(a) acompañada por enfermería de Casa del Adolescente quien entregara ficha de ingreso; enfermera de Casa de la Niñez Poblana recibe al niño(a) y se llena ficha de control interno con datos del niño(a).
14. Entrevistar al niño(a) a fin de identificar las razones y problemáticas por la que llega a Casa de la Niñez Poblana.
15. Dar a conocer los lineamientos generales del albergue.
16. Canalizar al área médica para que sea valorado (a) y saber el estado de salud en el que se recibe al niño(a).
17. Canalizar al área correspondiente dependiendo de la edad del niño(a), entregándolo con la enfermera (o) en turno.

## Descripción del Procedimiento DESDCSCI-01

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Inicio del Procedimiento</b>		
Área de Ingreso	1. Llena ficha de Ingreso, con nombre, apellido, edad, lugar de procedencia, fecha de ingreso, causa de ingreso, condiciones de ingreso, nombre y cargo de quien recibe al niño(a), nombre y cargo de quien entrega al niño(a).	Ficha de Ingreso a Casa de la Niñez Poblana (Formato 1.1)
Enfermería	2. Revisa de su estado de salud visible, registro de lesiones, características físicas y emocionales.	
Coordinador(o) de Casa de la Niñez Poblana	3. Entrevista al niño(a) a fin de conocer razones y problemáticas por la que llega Casa de la Niñez Poblana.	
	4. Explica al niño(a) que este es un albergue temporal, da a conocer los servicios que tendrán durante su estancia y también las reglas de la misma.	
Enfermería	5. Canaliza al área correspondiente dependiendo de la edad del niño(a) ya sea escolares niños(as), preescolares niños(as), lactantes menores niños(as) lactantes mayores niños(as).	
<b>Fin del procedimiento</b>		

## Diagrama de Flujo DESDCSCI-01



*AB*

*[Handwritten scribbles]*

*[Handwritten scribbles]*



*[Handwritten scribbles]*

## Anexos DESDCSCI-01

### Anexo 1 Ficha de ingreso

1. NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

2. EDAD

	AÑOS	FECHA DE INGRESO		
	MESES			
		DIA	MES	AÑO

3. GENERO

MUJER	HOMBRE
-------	--------

4. LUGAR DE PROCEDENCIA \_\_\_\_\_

5. CAUSA DEL INGRESO

PROTECCION	ABANDONO	MALTRATO	OTRO
------------	----------	----------	------

6. ESCRIBA LAS CONDICIONES FISICAS DEL INGRESO

--

7. NOMBRE Y CARGO DE QUIEN RECIBE

NOMBRE
FIRMA
FECHA
CARGO

8. NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ENTREGA

NOMBRE
FIRMA
FECHA
CARGO



*Handwritten signature*

## Procedimiento DESDCSCI-02

### Procedimiento de enfermería en Casa de la Niñez Poblana

**Tiempo Promedio: 24 horas**

Elabora:	Valida:	Autoriza:
 <b>Carla Verónica</b> <b>Incháustegui</b> <b>Casanova</b> <b>CVIC (CNP)</b> <b>Junio 2018</b>	 <b>Jorge Armando</b> <b>Osorio Tesillos</b> <b>JAOT (DCSCI)</b> <b>Junio 2018</b>	 <b>Argelina Selenita</b> <b>Méndez Olguín</b> <b>ASMO (DES)</b> <b>Junio 2018</b>

**Objetivo**

Revisar oportunamente el estado de salud de los niños(as) albergados(as), así como el aseo personal y cuidados básicos de higiene de los mismos, con la finalidad de garantizar su bienestar en su estancia en el albergue y detectar problemas de salud de forma oportuna

**Normas y Políticas de Operación**

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

**Responsables**

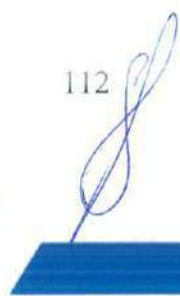
Casa de la Niñez Poblana

**Áreas Involucradas**

Médico, Enfermería

**Recursos**

No aplica



## Normas y Políticas de Operación DESDCSCI-02

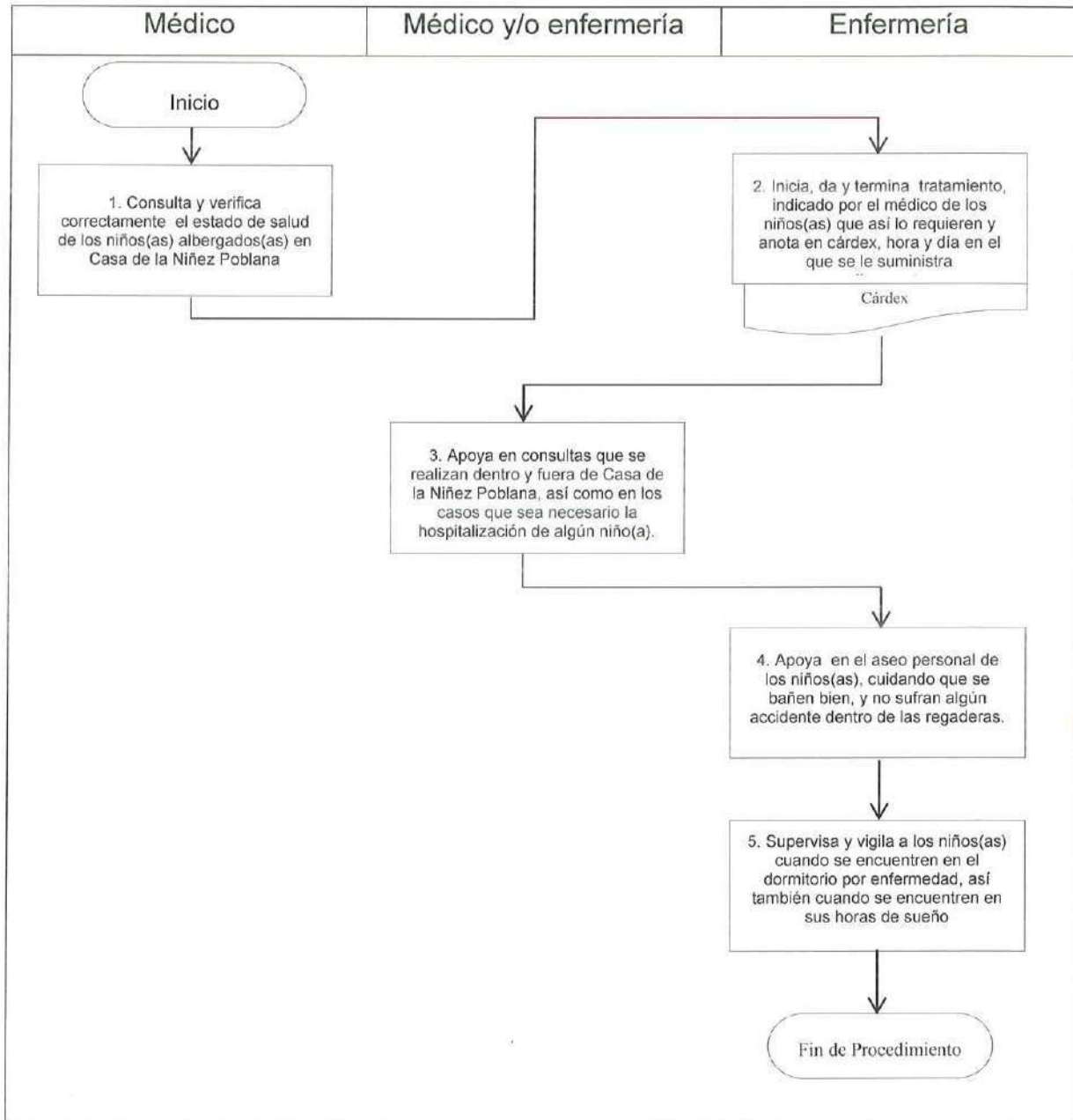
1. Llevará al niño (a) con el médico para que sea valorado clínicamente, la enfermería seguirá indicaciones que el médico indique y así poder atender oportunamente el estado de salud de los niños(as) albergados(as) en Casa de la Niñez Poblana.
2. La enfermería iniciará, dará y culminará tratamientos médicos.
3. Apoyará en consultas y hospitalizaciones a las que se requiera llevar a algún niño(a).
4. Realizará y supervisará el aseo personal de los niños(as) albergados(as).
5. Supervisará y vigilará a los niños(as) cuando se encuentren en el dormitorio.
6. Llevará un control sobre estado de salud de los niños y niñas para el seguimiento oportuno de talla, peso y vacunación, análisis clínicos.



## Descripción del Procedimiento DESDCSCI-02

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Inicio del Procedimiento</b>		
Médico	1. Consulta y verifica correctamente el estado de salud de los niños(as) albergados(as) en Casa de la Niñez Poblana.	
Enfermería	2. Inicia, da y termina tratamiento, indicado por el médico de los niños(as) que así lo requieren y anota en cárdex, hora y día en el que se le suministra medicamento.	Cárdex
Médico y/o enfermería	3. Apoya en consultas que se realizan dentro y fuera de Casa de la Niñez Poblana, así como en los casos que sea necesario la hospitalización de algún niño(a).	
Enfermería	4. Apoya en el aseo personal de los niños(as), cuidando que se bañen bien, y no sufran algún accidente dentro de las regaderas.	
	5. Supervisa y vigila a los niños(as) cuando se encuentren en el dormitorio por enfermedad, así también cuando se encuentren en sus horas de sueño.	
<b>Fin del Procedimiento</b>		

## Diagrama de Flujo DESDCSCI-02





## Procedimiento DESDCSCI-03

### Procedimiento Médico en Casa de la Niñez Poblana

Tiempo Promedio: 24 horas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
 <b>Carla Verónica Incháustegui Casanova CVIC (CNP) Junio 2018</b>	 <b>Jorge Armando Osorio Tesillos JAOT (DCSCI) Junio 2018</b>	 <b>Argelina Selenita Méndez Olguín ASMO (DES) Junio 2018</b>

<b>Objetivo</b>	Garantizar que los servicios de salud sean otorgados de manera óptima y en estándares altos de calidad, realizar los estudios necesarios así como llevar un control de su expediente médico para el adecuado del estado de salud de los albergados
<b>Normas y Políticas de Operación</b>	Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla / Reglamento de Ley General de Prestación de Servicios para la Atención Cuidado y Desarrollo Integral Infantil / 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>	Casa de la Niñez Poblana
<b>Áreas Involucradas</b>	Médico, Coordinador y Enfermería
<b>Recursos</b>	No aplica



## Normas y Políticas de Operación DESDCSCI-03

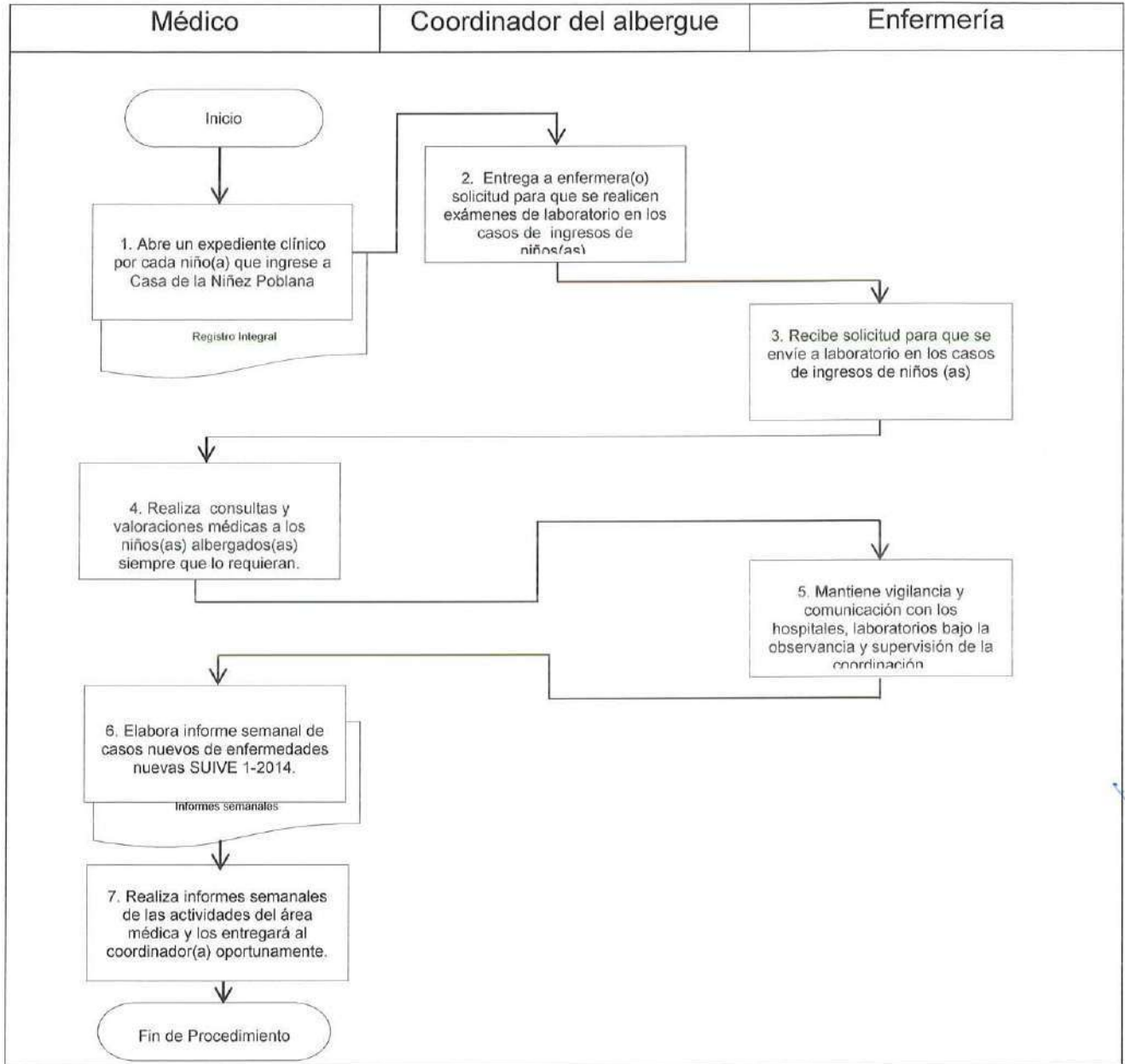
1. Abrir un expediente clínico por cada niño(a) que ingrese a Casa de la Niñez Poblana.
2. La/el Enfermera(o) entregará orden de solicitud de laboratorios para que se realicen.
3. Realizar consultas y valoraciones médicas a los niños(as) albergados(as).
4. Mantener vigilancia y comunicación con los hospitales, laboratorios y demás instancia que coadyuvan en las acciones y procedimiento del área.
  - a. Elaborar resúmenes médicos para expedientes y/o para cuando los solicita el área competente.
  - b. Elaborar informe semanal de SUIVE 1-2014.
  - c. Realizar informes semanales de las actividades del área, para entregarlo al Coordinador(a).
5. Es política fomentar, preservar y prevenir riesgos en la salud de las personas albergadas.
6. El médico es responsable de la evaluación inicial y/o continua para la atención médica de los/ las albergados debe ser planeada y documentada en el expediente clínico registrando las órdenes, indicaciones, tratamientos, procedimientos, sugerencias y recomendaciones en los formatos establecidos en la institución.
7. Se debe abrir un expediente clínico e integrarse de acuerdo a la NOM 004-SSA3-2012, a todo aquel albergados que ingresen por primera vez o consecuente y deberá conservarse en archivo mediante el uso de un número de expediente, para facilitar su identificación de forma eficaz, para su continua actualización de acuerdo al estado de salud.
8. Para los expedientes clínicos abiertos sólo tiene acceso el médico tratante o inter consultante, enfermería, psicología y nutrición que laboren en el Casa de la Niñez Poblana que son responsables y están obligados a integrar y conservar el expediente clínico en buenas condiciones.
9. Los expedientes clínicos cerrados son propiedad de Casa de la Niñez Poblana y se deberán conservar por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.
10. Cuando se requiera el expediente clínico de los/las albergados, por alguna autoridad Judicial o Sanitaria deberá ser solicitado por escrito a la Dirección Jurídica. Y solo las autoridades competentes pueden solicitar los expedientes clínicos originales: Coordinador (a) de Casa de la Niñez Poblana, Jefe(a) de Casas Infantiles o Dirección de Asistencia Jurídica, Autoridad Judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias por medio de una orden.

11. Toda información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad y sólo será dada a conocer a terceros mediante una orden de la autoridad competente o CONAMED, para arbitraje médico.
12. Las indicaciones médicas deberán ser escritas con letra de molde o hechas de manera electrónica sin abreviaturas, se maneja nombre genérico de los medicamentos; con la opción de completar con el nombre comercial entre paréntesis y con mayúsculas, agregando nombre completo y firma de quien realiza las indicaciones al final de la nota.
13. El médico en turno no debe abandonar su área de trabajo o servicio, en caso de una emergencia debe notificar al Coordinador de Casa de la Niñez Poblana y/o Jefe(a) de Casas Infantiles.

## Descripción del Procedimiento DESDCSCI-03

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Inicio del Procedimiento</b>		
Médico	1. Abre un expediente clínico por cada niño(a) que ingrese a Casa de la Niñez Poblana.	Registro Integral
Coordinador(a) del albergue	2. Entrega a enfermera(o) solicitud para que se realicen exámenes de laboratorio en los casos de ingresos de niños(as).	
Enfermera	3. Recibe solicitud para que se envíe a laboratorio en los casos de ingresos de niños (as)	
Médico	4. Realiza consultas y valoraciones médicas a los niños(as) albergados(as) siempre que lo requieran	
Enfermera	5. Mantiene vigilancia y comunicación con los hospitales, laboratorios y demás instancia que coadyuvan en las acciones y procedimiento del área, bajo la observancia y supervisión de la coordinación	
Médico	6. Elabora informe semanal de casos nuevos de enfermedades nuevas SUIVE 1-2014	Informes semanales
	7. Realiza informes semanales de las actividades del área médica y los entrega al coordinador(a) oportunamente.	
<b>Fin del procedimiento</b>		

## Diagrama de Flujo DESDCSCI-03



## Anexos DESDCSCI-03

REGISTRO INTEGRAL.										
Reporte diario clínico, terapéutico, nutricional y educativo.										
NOMBRE:					SEXO:		FECHA:			
DIAGNÓSTICO:										
EDAD:		PESO:		TALLA:		PC:				
IMC:					ESTADO NUTRICIONAL:					
SIGNOS VITALES:					ALERGIAS MEDICAMENTOS / ALIMENTOS:					
FC:		MATUTINO		VESPERTINO		NOCTURNO				
FR:									MICCIONES	
TA/SpO2:									EVACUACIONES	
TEMP:										
MEDIAMENTOS										
		DOSIS		VIA		HORARIO				
NOMBRE Y FIRMA DE ENFERMERA POR TURNO:				Matutino:		Vespertino:		Nocturno:		
RECORDATORIO DE 24 HORAS:										
DESAYUNO		COLACION		COMIDA		COLACION		CENA		
OBSERVACIONES ENFERMERIA:										
NOMBRE Y FIRMA DE ENFERMERA ( O )										



## Procedimiento DESDCSCI-04

### Procedimiento Psicológico en Casa de la Niñez Poblana

Tiempo Promedio: 8 horas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
 <b>Carla Verónica Incháustegui Casanova CVIC (CNP) Junio 2018</b>	 <b>Jorge Armando Osorio Tesillos JAOT (DCSCI) Junio 2018</b>	 <b>Argelina Selenita Méndez Olguín ASMO (DES) Junio 2018</b>

<b>Objetivo</b>	Valorar desde un proceso de diagnóstico, para poder brindar una atención psicológica y emocional de los niños(as) que formen parte de Casa de la Niñez Poblana a través de los diferentes modelos terapéuticos, así como mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional de los niños(as) albergados(as)
<b>Normas y Políticas de Operación</b>	Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla / Reglamento de Ley General de Prestación de Servicios para la Atención Cuidado y Desarrollo Integral Infantil / 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>	Casa de la Niñez Poblana
<b>Áreas Involucradas</b>	Psicólogo y Coordinador(a) del albergue
<b>Recursos</b>	Expediente



## Normas y Políticas de Operación DESDCSCI-04

1. En entrevista psicológica inicial de acuerdo a la edad del niño(a) se le asignará a un psicólogo(a).
2. Aplicar batería de pruebas psicológicas para determinar diagnóstico.
3. El Médico solicitará las valoraciones psicológicas terminadas para anexar al expediente clínico.
4. Diseñar estrategias de acuerdo a la necesidad del niño(a) con talleres de capacitación, terapias alternativas, sesiones de grupo.
5. Seguimiento psicológico con un plan de trabajo de acuerdo a las necesidades del niño(a).



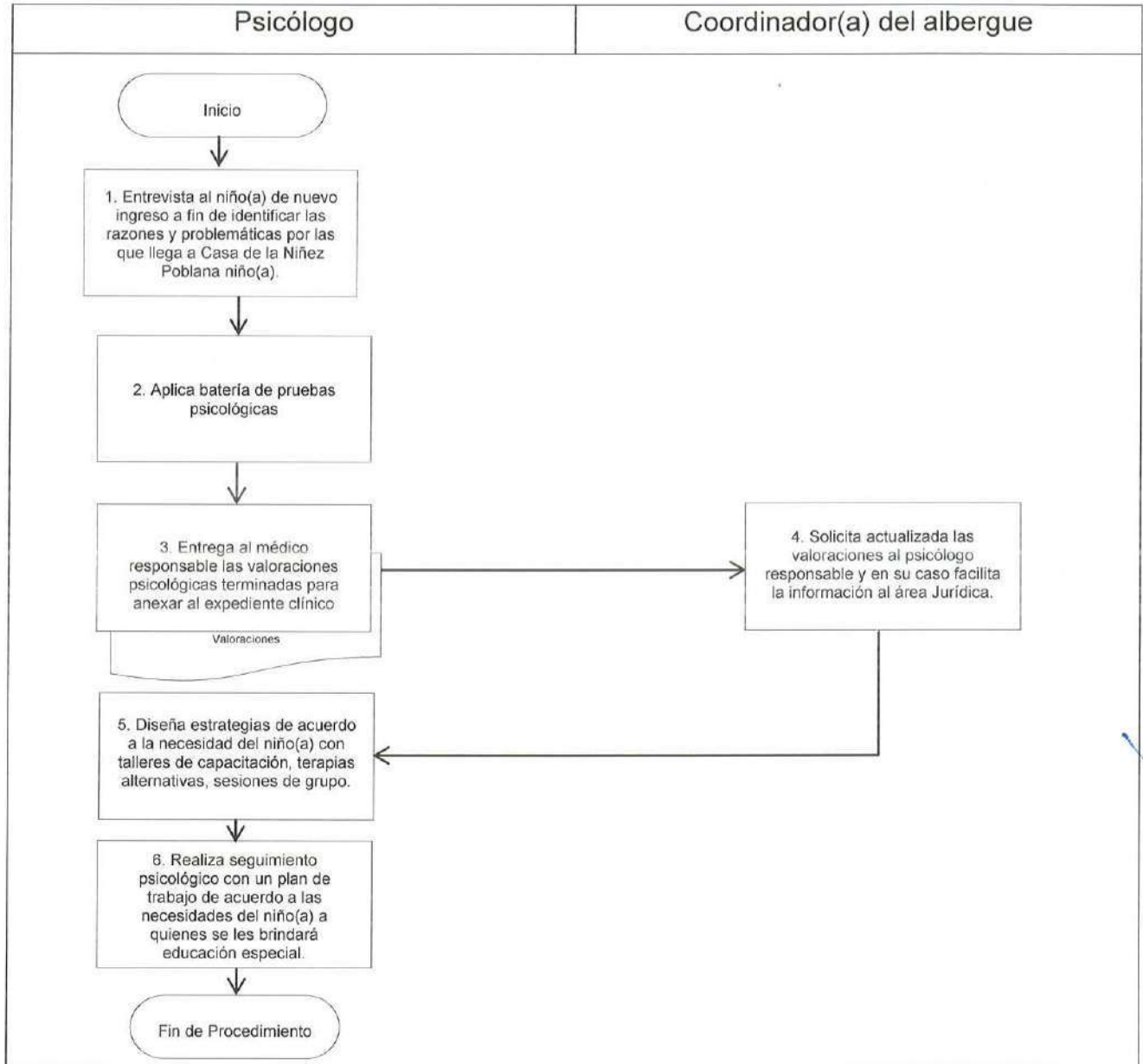
*[Handwritten signature]*

## Descripción del Procedimiento DESDCSCI-04

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Inicio del Procedimiento</b>		
Psicólogo	1. Entrevista al niño(a) de nuevo ingreso a fin de identificar las razones y problemáticas por las que llega a Casa de la Niñez Poblana	
	2. Aplica batería de pruebas, terapia individual, terapia de grupo, terapia de juego, abrazo terapia, talleres de sexualidad, talleres sobre el manejo de emociones y control de conducta agresiva, estimulación temprana, meditación y relajación.	
	3. Entrega al médico responsable las valoraciones psicológicas terminadas para anexar al expediente clínico.	Valoraciones
Coordinador(a) del albergue	4. Solicita actualizadas todas las valoraciones al psicólogo responsable y en su caso facilita la información al área jurídica si lo solicita.	
Psicólogo	5. Diseña estrategias de acuerdo a la necesidad del niño(a) con talleres de capacitación, terapias alternativas, sesiones de grupo.	
	6. Realiza seguimiento psicológico con un plan de trabajo de acuerdo a las necesidades del niño(a) a quienes se les brinda educación especial en las que incluye evaluación pedagógica de lenguaje, talleres de lectoescritura, visita escolar, taller de habilidades del pensamiento y lenguaje, etc.	
<b>Fin del procedimiento</b>		



## Diagrama de Flujo DESDCSCI-04



## Procedimiento DESDCSCI-05

### Procedimiento odontológico en Casa de la Niñez Poblana

Tiempo Promedio: 8 horas

<b>Elabora:</b>  <b>Carla Verónica Incháustegui Casanova CVIC (CNP) Junio 2018</b>	<b>Valida:</b>  <b>Jorge Armando Osorio Tesillos JAOT (DCSCI) Junio 2018</b>	<b>Autoriza:</b>  <b>Argelina Selenita Méndez Olguín ASMO (DES) Junio 2018</b>
---	---	---

<b>Objetivo</b>	Valorar desde un proceso de diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades que afecten a cualquier parte de la estructura mandibular como; dientes, encías, periodonto, articulación temporomandibular en los niños (as) que se encuentren albergados(as) en Casa de la Niñez Poblana
<b>Normas y Políticas de Operación</b>	Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla / Reglamento de Ley General de Prestación de Servicios para la Atención Cuidado y Desarrollo Integral Infantil / 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>	Casa de la Niñez Poblana
<b>Áreas Involucradas</b>	Médico y Odontólogo
<b>Recursos</b>	Expediente.





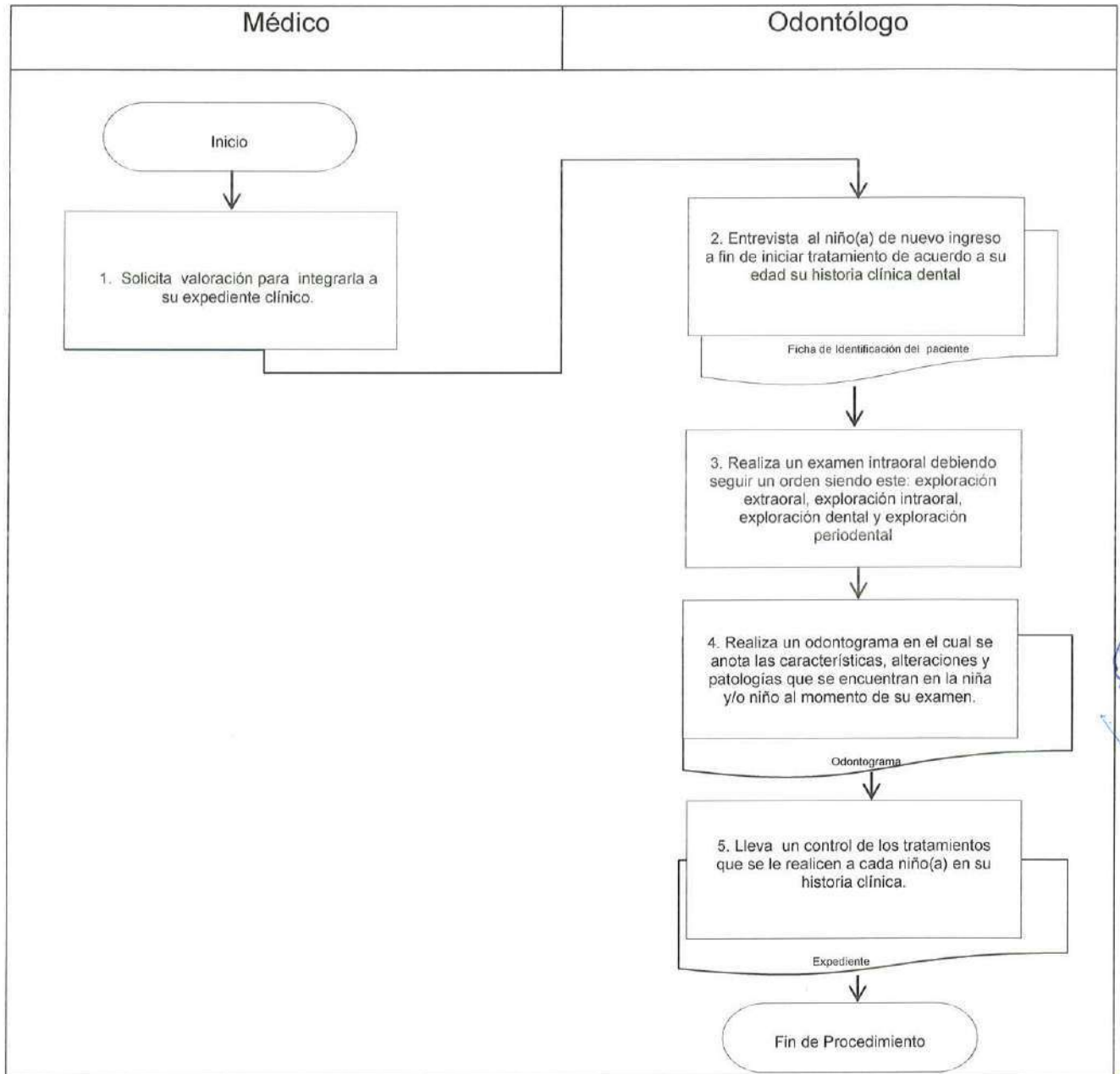
## Normas y Políticas de Operación DESDCSCI-05

1. Entrevista clínica / médica inicial de acuerdo a la edad del niño(a), se le realizará su historia clínica dental.
2. El médico solicitará su valoración para integrarla a su expediente clínico.
3. Se realizará su examen intraoral.
4. Se realizará odontograma de acuerdo a la ficha de identificación del paciente.
5. Se llevara un control de tratamientos.

## Descripción del Procedimiento DESDCSCI-05

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Inicio del Procedimiento</b>		
Médico	1. Solicita valoración para integrarla a su expediente clínico.	
Odontólogo	2. Entrevista al niño(a) de nuevo ingreso a fin de iniciar tratamiento de acuerdo a su edad su historia clínica dental.	Ficha de Identificación del paciente
Odontólogo	3. Realiza un examen intraoral debiendo seguir un orden siendo este: exploración extraoral, exploración intraoral, exploración dental y exploración periodental.	
Odontólogo	4. Realiza un odontograma en el cual anota las características, alteraciones y patologías que se encuentran en la niña y/o niño al momento de su examen	odontograma
Odontólogo	5. Lleva un control de los tratamientos que se le realicen a cada niño(a) en su historia clínica	Expediente
<b>Fin del procedimiento</b>		

## Diagrama de Flujo DESDCSCI-05



*Handwritten notes and signatures in blue ink on the right side of the flowchart.*



## Anexos DESDCSCI-05

### Anexo 1 Ficha de Identificación del Paciente

FORMATO 1. 2

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: _____			
DIMINUTIVO: _____		GENERO: Masculino ( ) FEMENINO ( )	
EDAD: _____	PESO: _____	TALLA: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: _____	Día _____	Mes _____	Año _____

**INTERROGATORIO**

Alergias: \_\_\_\_\_  
 ¿Toma algún medicamento? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 ¿Le han aplicado anestesia local? SI ( ) NO ( ) Reacciones: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido una experiencia previa con el dentista? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene cepillo dental en casa? SI ( ) NO ( )

**EXAMEN INTRA ORAL**

Carillos \_\_\_\_\_ Lengua \_\_\_\_\_ Piso de boca \_\_\_\_\_  
 Paladar blando \_\_\_\_\_ Paladar duro \_\_\_\_\_  
 Frenillos \_\_\_\_\_ Glándulas salivales \_\_\_\_\_  
 Mucosa alveolar \_\_\_\_\_ Mucosa gingival \_\_\_\_\_

**DETECCION. DE HABITOS**

Succión digital SI ( ) NO ( )  
 Onicofagia SI ( ) NO ( )  
 Respirador Oral SI ( ) NO ( )  
 Bruxismo SI ( ) NO ( )  
 Proyección lingual SI ( ) NO ( )  
 Deglución atípica SI ( ) NO ( )  
 Succión labial SI ( ) NO ( )

**ODONTOGRAMA**

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

**CONTROL DE PROCEDIMIENTOS**

- "S" Sano
- "A" Ausente
- "O" Obturado
- "E" Extracción indicada
- "√" Tratamiento realizado
- "PC" Pulpotomía con Corona
- "PUC" Pulpotomía con Corona
- "SFF" Sellador de Fosetas y fisuras
- "R" Resina

FECHA	TRATAMIENTO	O.D

**NOTAS DE EVOLUCION**



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

## Procedimiento DESDCSCI-06

### Procedimiento de Tutoría en Casa de la Niñez Poblana

**Tiempo Promedio: 8 horas**

Elabora:	Valida:	Autoriza:
 <b>Carla Verónica Incháustegui Casanova CVIC (CNP) Junio 2018</b>	 <b>Jorge Armando Osorio Tesillos JAOT (DCSCI) Junio 2018</b>	 <b>Argelina Selenita Méndez Olguín ASMO (DES) Junio 2018</b>

**Objetivo**

Ejercer en los niños(as) albergados(as) una imagen familiar materno integral a través de actividades afectivas, educativas y de desarrollo a fin de establecer y operar acciones encaminada a su educación escolar formal e informal, talleres, juegos, recreación buenos hábitos valores y costumbres.

**Normas y Políticas de Operación**

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

**Responsables**

Casa de la Niñez Poblana

**Áreas Involucradas**

Coordinador(a), Tutor

**Recursos**

No aplica





## Normas y Políticas de Operación DESDCSCI-06

1. Realizar planeación de actividades de acuerdo a edad y características de los niños y niñas del albergue.
2. Colaborar con la correcta integración del niño(a) a Casa de la Niñez Poblana, a través de actividades lúdicas formativas, educativas y recreativas.
3. Vigilar la ejecución de acciones y funciones del área de tutoría encaminadas al desarrollo integral de los niños(as) albergados(as) y la eficaz aplicación de su cuidado diario, salud, alimentación escolar y aseo personal.
4. Detectar oportunamente problemas o conflictos de la conducta y desarrollo de los niños(as) informando a las áreas correspondientes para su valoración.
5. Gestionar los trámites de inscripción y a las distintas instituciones como preescolar y primaria, así como establecer comunicación con los maestros de escuela para conocer el avance y desarrollo educativo de los niños(as).
6. Apoyar en tareas escolares para su buen desarrollo y rendimiento académico.
7. Será el encargado(a) de impartir sesiones de talleres (manualidades).
8. Ejecutará junto con el Coordinador(a) actividades intramuros y extramuros apoyándose con personal de servicio social y voluntarios(as), verificando su correcto desempeño bajo la normatividad establecida para la Institución.

## Descripción del Procedimiento DESDCSCI-06

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Inicio del Procedimiento</b>		
Coordinador(a)	1. Gestiona ante las instancias correspondientes la inscripción de los niños(as) así como toda la documentación que solicite la escuela para su integración en dichas instancias llámese educación preescolar y/o educación primaria	Formato Oficio
Tutor	2. Realiza cronograma de actividades de acuerdo al área donde se encuentre para la atención de los niños(as) albergados(as) avalado por el Coordinador	Cronograma de actividades
	3. Colabora con la correcta integración de los niños(as) albergados(as) a través de actividades lúdicas formativas, educativas y recreativas	
	4. Debe encaminar el buen desarrollo integral de los niños (as) albergado(as) así como la correcta aplicación de su cuidado diario es decir vigilar su estado de salud, buena alimentación, desempeño escolar y su correcto aseo personal	
	5. Apoya en sus tareas escolares fungiendo como maestro y responsable de que los niños(as) realicen correctamente sus tareas escolares	



8

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Continua Procedimiento</b>		
Tutor	6. Establece comunicación con los maestros de la escuela para el buen desarrollo de sus actividades escolares informando siempre a la coordinación	
	7. Imparte sesiones de talleres	
Coordinador(a) o Tutor	8. Ejecuta y vigila el buen funcionamiento de actividades intramuros y extramuros haciéndose responsables de los niños(as) que estén en las mismas, apoyándose en el personal de servicio social y voluntariado verificando su correcto desempeño y normatividad	
<b>Fin del procedimiento</b>		

*si*

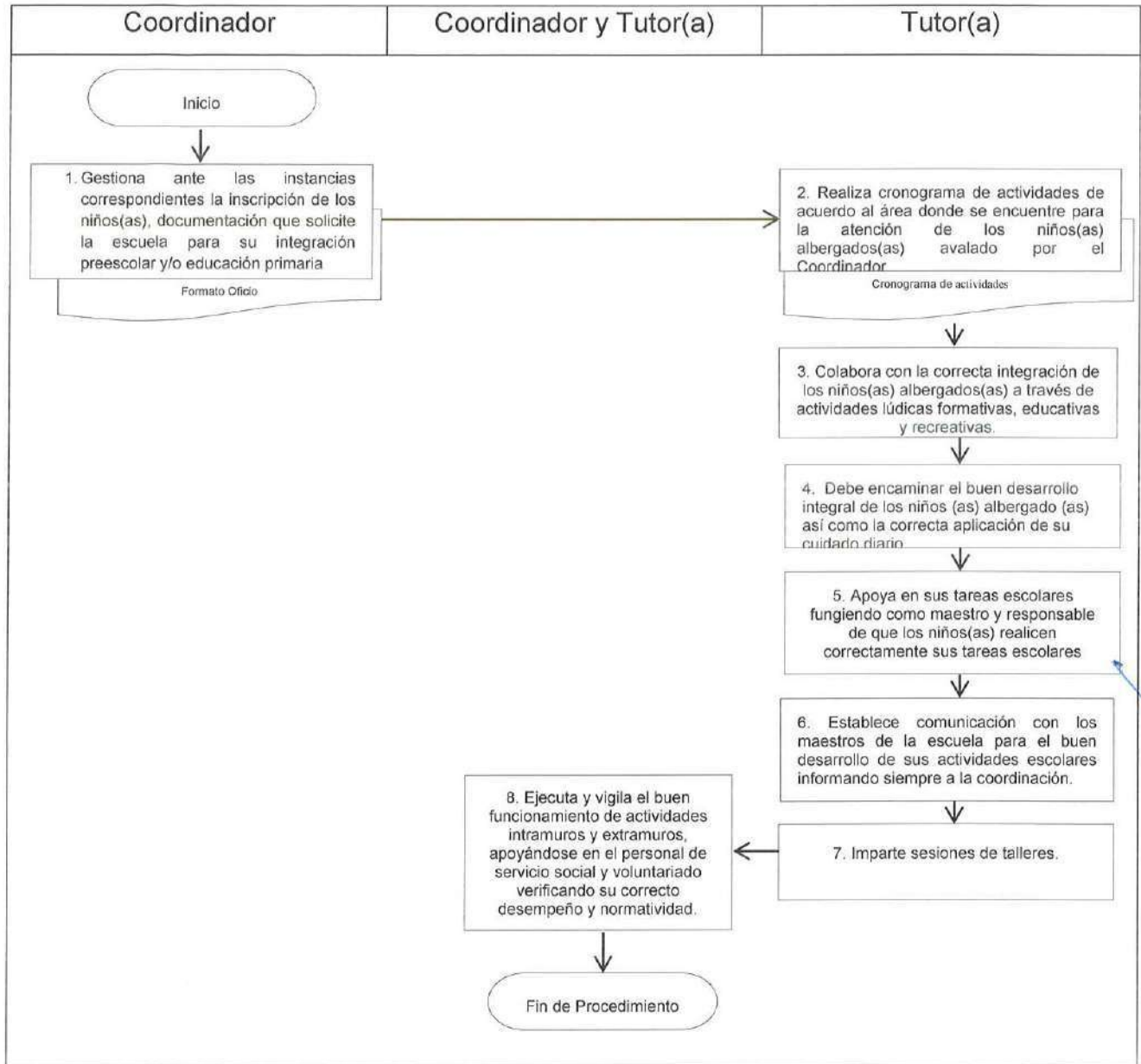
*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*

## Diagrama de Flujo DESDCSCI-06



## Anexos DESDCSCI-06

### Anexo 1 Carta compromiso para entrega de documentos

Puebla, Pue. a de

**DIRECTORA DE LA ESC. PRIM. FED. MAT.  
LIC. BENITO JUAREZ CLUB DE LEONES NO.4  
C.CT 21DPR1496P  
PRESENTE**

Por medio de la presente me comprometo a entregar la documentación requerida por la escuela lo más pronto posible, para legalizar la inscripción del menor que se encuentra bajo custodia de DIF Puebla, integrándolo a la educación que se imparte en la escuela bajo su dirección con la finalidad de cumplir con los artículos 3° y 4° constitucional.

Nombre:  
Primer Apellido:  
Segundo Apellido:  
Lugar de nacimiento:  
Sexo:

Sin otro particular quedo de usted agradecida.

**ATENTAMENTE**

## Procedimiento DESDCSCI-07

### Procedimiento de Nutrición en Casa de la Niñez Poblana

Tiempo Promedio: 8 horas

Elabora:	Valida:	Autoriza:
 <b>Carla Verónica Inchaústegui Casanova</b> CVIC (CNP) Junio 2018	 <b>Jorge Armando Osorio Tesillos</b> JAOT (DCSCI) Junio 2018	 <b>Argelina Selenita Méndez Oiguín</b> ASMO (DES) Junio 2018

<b>Objetivo</b>	Proveer a las niñas y niños albergados de una alimentación balanceada que satisfaga los requerimientos nutricionales según su edad y condiciones particulares, cuidando y creando buenos hábitos alimenticios y cubrir las necesidades que les permitan un desarrollo integral tanto físico como mental
<b>Normas y Políticas de Operación</b>	Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla / Reglamento de Ley General de Prestación de Servicios para la Atención Cuidado y Desarrollo Integral Infantil / 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>	Casa de la Niñez Poblana
<b>Áreas Involucradas</b>	Coordinación, Nutrición, Enfermería, Tutoría y Cocina
<b>Recursos</b>	Expediente.



## Normas y Políticas de Operación DESDCSCI-07

1. Planear y mantener un sistema de alimentación balanceado y adecuado a las características específicas de los y las albergadas.
2. Revisar pesos y tallas, así como otras particularidades dietéticas y nutricionales de los y las albergadas.
3. Cumplir con los horarios establecidos para desayuno, comida y cena de los y las albergadas.
4. Cumplir con las normas de higiene y vigilar que los niños, niñas y adolescentes aprendan el hábito de limpieza antes y después de consumir sus alimentos.



## Descripción del Procedimiento DESDCSCI-07

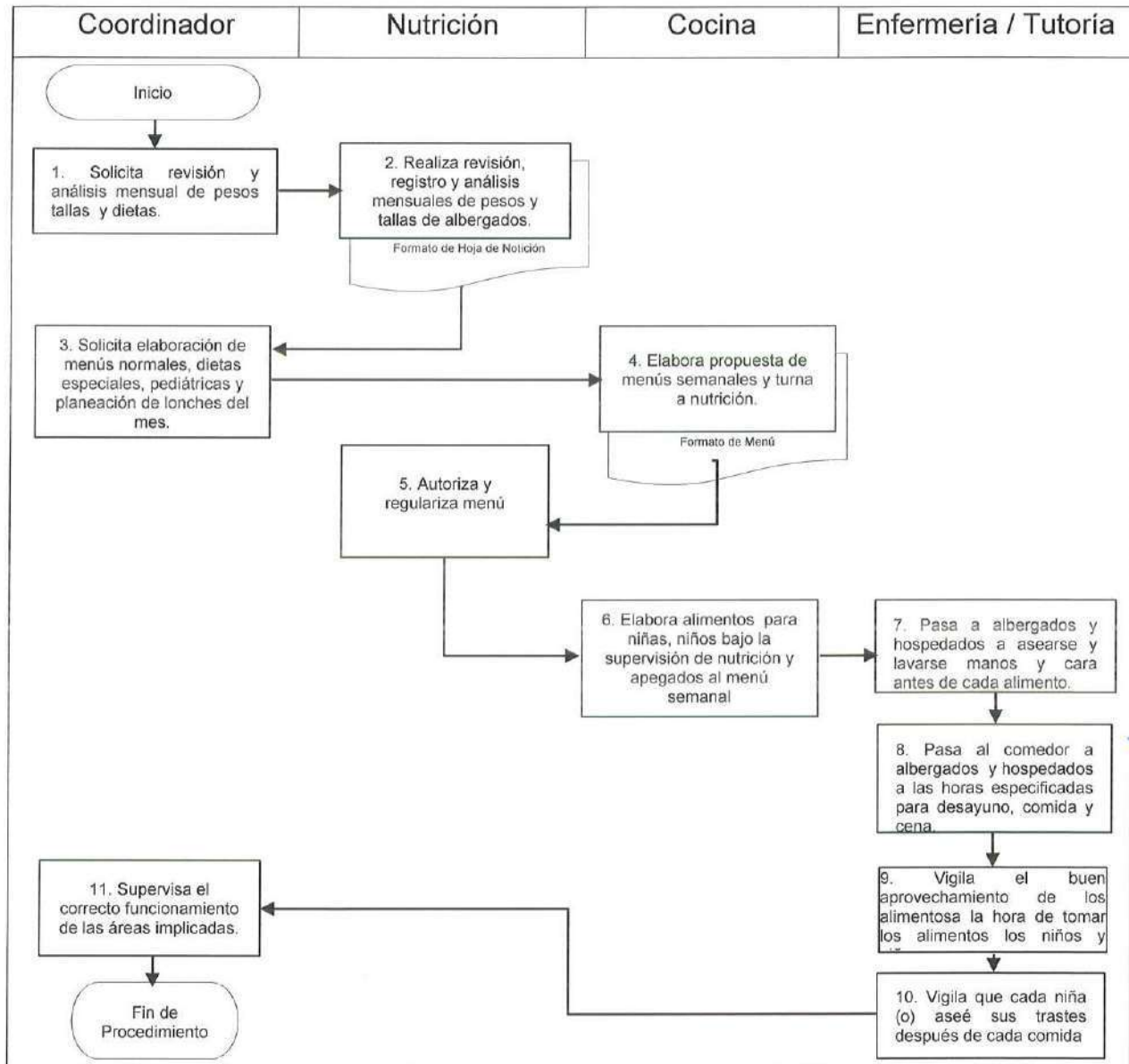
Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Inicio del Procedimiento</b>		
Coordinación	1. Solicita revisión y análisis mensual de pesos tallas y dietas.	
Nutrición	2. Realiza revisión, registro y análisis mensuales de pesos y tallas de albergados.	Formato de hoja de notición
Coordinación	3. Solicita elaboración de menús normales, dietas especiales, pediátricas y planeación de lonches del mes.	
Cocina	4. Elabora propuesta de menús semanales y turna a nutrición.	Formato de menú
Nutrición	5. Autoriza y regulariza menú	
Cocina	6. Elabora alimentos para niñas y niños bajo la supervisión de nutrición y apegadas al menú semanal.	
Enfermería y Tutoría	7. Pasa a albergados y hospedados a asearse y lavarse manos antes de cada alimento	



Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Continua Procedimiento</b>		
Enfermería y Tutoría	8. Pasa al comedor a albergados y hospedados a las horas especificadas para desayuno, comida y cena	
	9. Vigila el buen aprovechamiento de los alimentos a la hora de tomar los alimentos los niños y niñas.	
	10. Vigila que cada albergado y hospedado asee sus trastes después de cada comida	
Coordinación	11. Supervisa el correcto funcionamiento de las áreas implicadas	
<b>Fin del procedimiento</b>		



## Diagrama de Flujo DESDCSCI-07





## Anexo 2 Menú Semanal

SEMANA DEL -----

DIA	DESAYUNO	COLACION	COMIDA	CENA	LUNCH	REQUERIMIENTOS
MARTES						
MIERCOLES						
JUEVES						
VIERNES						
SABADO						
DOMINGO						
LUNES						

*Handwritten blue scribbles and initials on the right side of the table.*

*Handwritten blue signature or mark.*



*Handwritten blue signature or mark.*

## Procedimiento DESDCSCI-08

### Procedimiento de Salida Provisional en Casa de la Niñez Poblana

Tiempo Promedio: 30 minutos

Elabora:	Valida:	Autoriza:
 <b>Carla Verónica Incháustegui Casanova CVIC (CNP) Junio 2018</b>	 <b>Jorge Armando Osorio Tesillos JAOT (DCSCI) Junio 2018</b>	 <b>Argelina Selenita Méndez Olguín ASMO (DES) Junio 2018</b>

**Objetivo**

Garantizar la salida provisional de los niños y niñas cuando se requiera, previa autorización del Coordinador (a) sea para salida al Hospital, paseos recreativos y/o regularización de situación jurídica.

**Normas y Políticas de Operación**

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

**Responsables**

Casa de la Niñez Poblana

**Áreas Involucradas**

Departamento de la Defensa de la Infancia y la Familia, Coordinador(a), Tutoría, Enfermería

**Recursos**

Expediente



## Normas y Políticas de Operación DESDCSCI-08

Por la naturaleza y características de Casa de la Niñez Poblana, se especifican dos tipos de egresos:

### SALIDAS PROVISIONALES

Aquellas por las cuales los niños(as) dejarán temporalmente el albergue y serán trasladados para:

- a. Consultas y atención médica
- b. Diligencias ante autoridades competentes para regularizar su situación jurídica.
- c. Búsqueda de familiares y/o domicilio.
- d. Asistencia a escuela
- e. Paseos y/o actividades recreativas.

### SALIDAS DEFINITIVAS

Aquellas por las cuales, por causa justificable y autorizada por las personas responsables, dejarán permanentemente el albergue, siendo estas:

- a. Autorizadas por el Departamento de la Defensa de la Infancia y la Familia.
  - b. Canalizaciones realizadas según acuerdo entre los titulares de las áreas correspondientes.
  - c. Autorizadas por el Consejo Técnico de Adopciones.
  - d. Decesos.
1. El Coordinador(a), girará instrucciones cuando algún niño(a) tenga salida provisional, tratándose de consultas externas, asistencia a escuela y actividades recreativas, y siempre deberá salir con personal autorizado por el Coordinador(a).
  2. Departamento de la Defensa de la Infancia y la Familia solicitará al Coordinador(a) de Casa de la Niñez Poblana al niño(a) para que acuda a diligencia ante autoridades competentes a fin de regularizar su situación jurídica, búsqueda de familiares y/o domicilio, la cual emitirá oficio correspondiente especificando nombre del niño(a).
  3. Tratándose de salidas definitivas ningún niño(a) albergado(a) podrá egresar de CNP sin oficio de salida definitiva expedido por el Departamento de la Defensa de la Infancia y la Familia, y con el visto bueno de la coordinación.
- Al tener un egreso y/o salida definitiva del niño(a) se deberá llenar una ficha de egreso (formato 1.3) con todos los datos correspondientes asentados en la misma.

## Descripción del Procedimiento DESDCSCI-08

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Inicio del Procedimiento</b>		
Albergado(a)	1. Requiere salir provisionalmente, ya sea por solicitud previa del Departamento de la Defensa de la Infancia y la Familia o para satisfacer alguna necesidad de salud, legal, educativa, recreativa, cultural o cívica.	
Coordinador	2. Evalúa quién solicita la salida. Si es el Departamento de la Defensa de la Infancia y la Familia quien solicitó continúa en actividad 3, si es personal autorizado del mismo albergue continúa en paso 6.	
	3. Gira instrucciones para que personal del albergue entregue al albergado(a) al Departamento de la Infancia y la Familia.	
Depto. De la Defensa de la Infancia y la Familia	4. Recibe al albergado(a) y lo presenta ya sea para regularizar su situación jurídica y/o reconocimiento de domicilio.	Bitácora
	5. Regresa al albergado(a) y entrega en el área de vigilancia al término de la diligencia. Continúa en paso 9.	Bitácora
Coordinador	6. Autoriza la salida provisional y se asegura que sea personal autorizado quien acompañe al albergado(a).	
Personal autorizado del albergue	7. Acompaña al albergado(a) hasta que satisfaga la necesidad de salud, legal, educativa, recreativa, cultural o cívica.	



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

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Continúa Procedimiento</b>		
Personal autorizado del albergue	8. Regresa al albergado(a) al término de su salida provisional.	
Enfermería/ Tutoría	9. Recibe al albergado(a) y lo incorpora a las acciones que se estén realizando o en su caso al dormitorio correspondiente.	Bitácora
<b>Fin del procedimiento</b>		

52

*[Handwritten signature]*

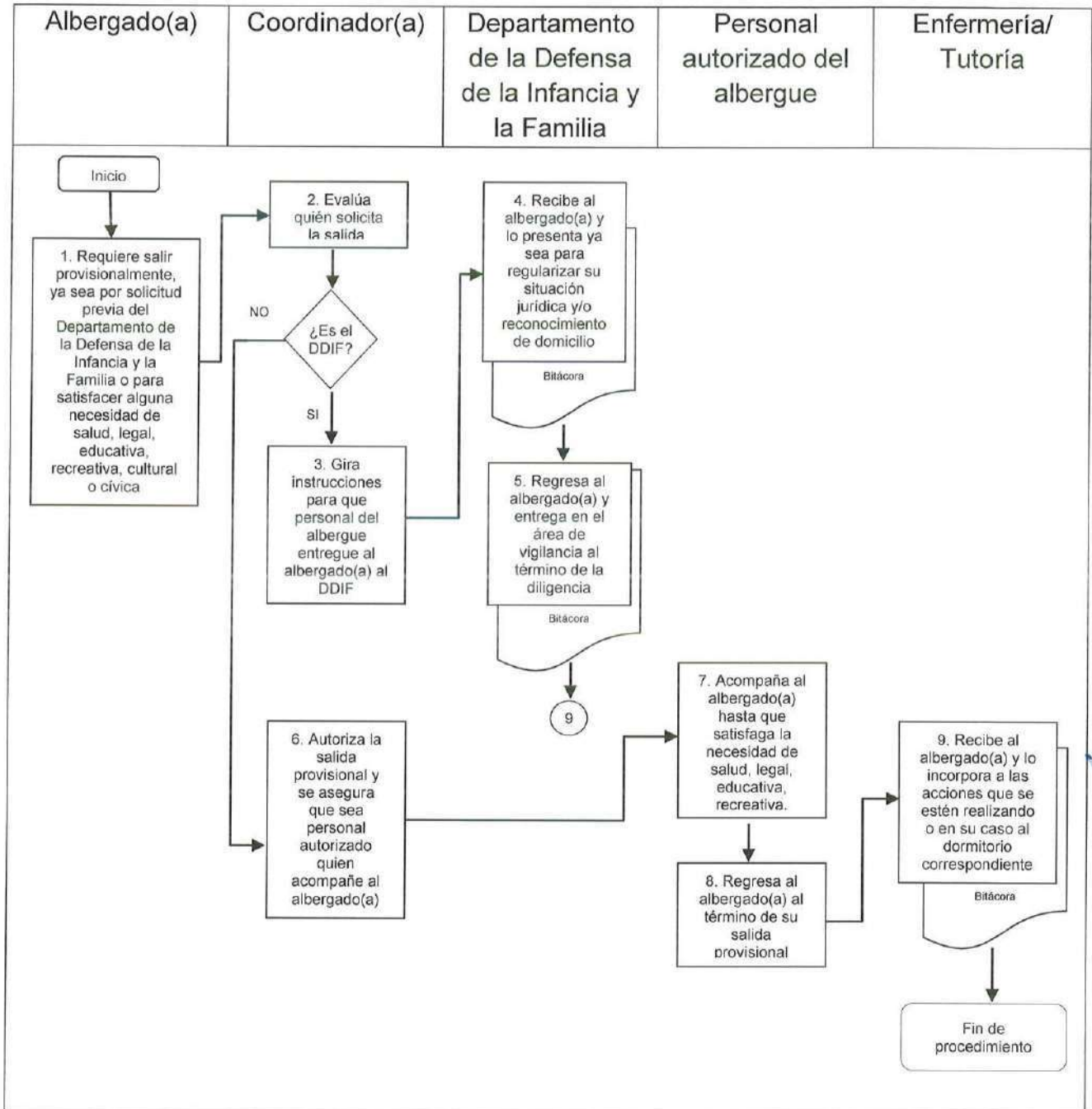
*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*

## Diagrama de Flujo DESDCSCI-08



*Handwritten signature*

*Handwritten scribble*

*Handwritten scribble*

*Handwritten signature*



*Handwritten signature*

## Procedimiento DESDCSCI-09

### Procedimiento de Egreso Definitivo en Casa de la Niñez Poblana

Tiempo Promedio: 1 hora

Elabora:	Valida:	Autoriza:
 <b>Carla Verónica Incháustegui</b> Casanova CVIC (CNP) Junio 2018	 <b>Jorge Armando Osorio Tesillos</b> JAOT (DCSCI) Junio 2018	 <b>Argelina Selenita Méndez Olguin</b> ASMO (DES) Junio 2018

<b>Objetivo</b>	Garantizar que todo niño(a) que se encuentre albergado(a) y bajo custodia del SEDIF en Casa de la Niñez Poblana, al momento de su egreso definitivo deberá contar con la debida autorización por escrito del Departamento de la Defensa de la Infancia y la Familia y el visto bueno del Coordinador(a)
<b>Normas y Políticas de Operación</b>	Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla / Reglamento de Ley General de Prestación de Servicios para la Atención Cuidado y Desarrollo Integral Infantil / 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>	Casa de la Niñez Poblana
<b>Áreas Involucradas</b>	Departamento de la Defensa de la Infancia y la Familia, Coordinador(a), Tutoría, Enfermería
<b>Recursos</b>	Expediente





## Normas y Políticas de Operación DESDCSCI-09

Por la naturaleza y características de Casa de la Niñez Poblana, se especifican dos tipos de egresos:

### SALIDAS PROVISIONALES

Aquellas por las cuales los niños(as) dejarán temporalmente el albergue y serán trasladados para:

- a. Consultas y atención médica
- b. Diligencias ante autoridades competentes para regularizar su situación jurídica.
- c. Búsqueda de familiares y/o domicilio.
- d. Asistencia a escuela
- e. Paseos y/o actividades recreativas.

### SALIDAS DEFINITIVAS

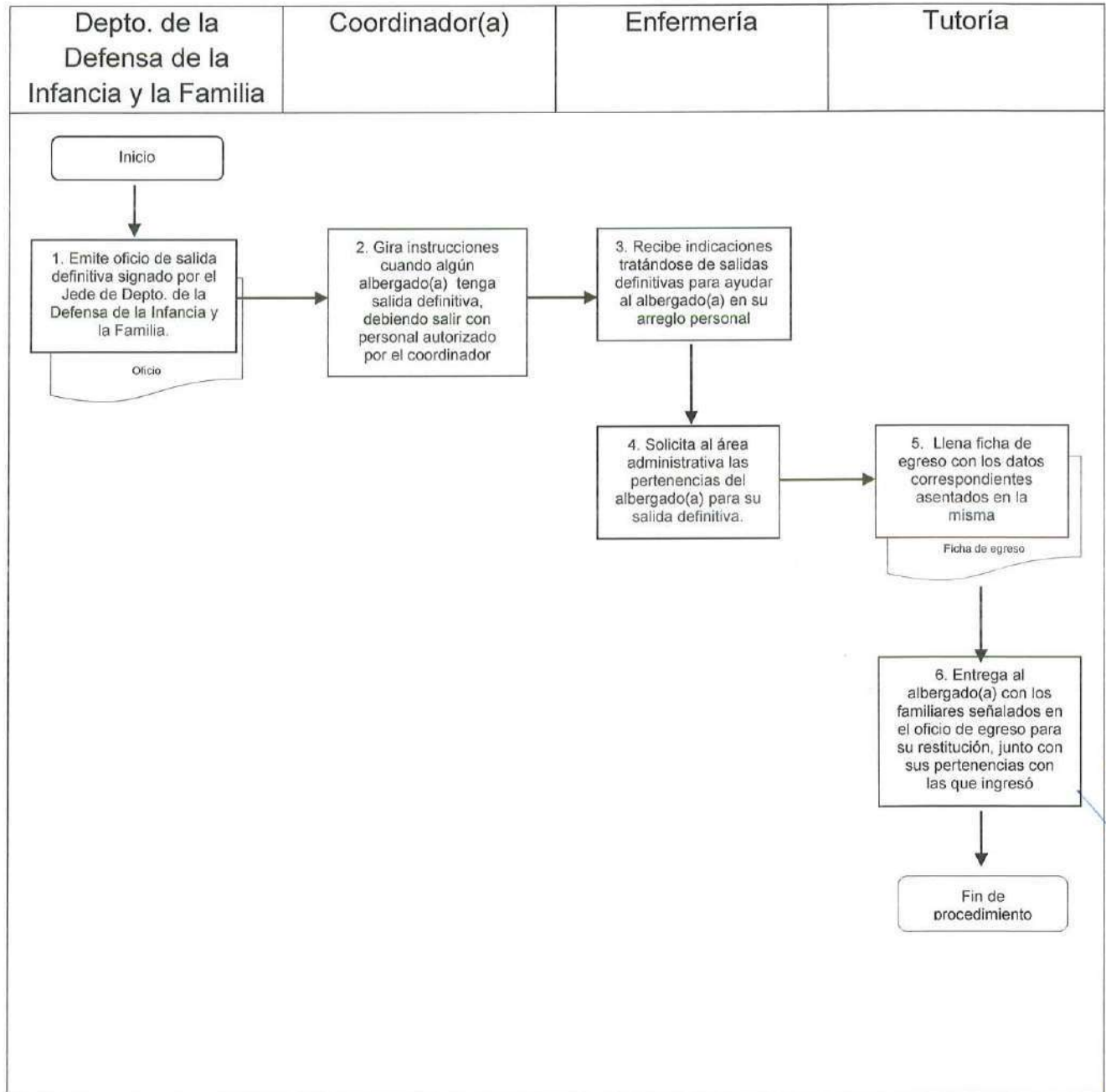
Aquellas por las cuales, por causa justificable y autorizada por las personas responsables, dejarán permanentemente el albergue, siendo estas:

- a. Autorizadas por el Departamento de la Defensa de la Infancia y la Familia.
  - b. Canalizaciones realizadas según acuerdo entre los titulares de las áreas correspondientes.
  - c. Autorizadas por el Consejo Técnico de Adopciones.
  - d. Decesos.
1. El Coordinador(a), girará instrucciones cuando algún niño(a) tenga salida provisional, tratándose de consultas externas, asistencia a escuela y actividades recreativas, y siempre deberá salir con personal autorizado por el Coordinador(a).
  2. Departamento de la Defensa de la Infancia y la Familia solicitará al Coordinador(a) de Casa de la Niñez Poblana al niño(a) para que acuda a diligencia ante autoridades competentes a fin de regularizar su situación jurídica, búsqueda de familiares y/o domicilio, la cual emitirá oficio correspondiente especificando nombre del niño(a).
  3. Tratándose de salidas definitivas ningún niño(a) albergado(a) podrá egresar de CNP sin oficio de salida definitiva expedido por el Departamento de la Defensa de la Infancia y la Familia, y con el visto bueno de la coordinación.
  4. Al tener un egreso y/o salida definitiva del niño(a) se deberá llenar una ficha de egreso (formato 1.3) con todos los datos correspondientes asentados en la misma.

## Descripción del Procedimiento DESDCSCI-09

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Inicio del Procedimiento</b>		
Depto. de la Defensa de la Infancia y la Familia	1. Emite oficio de salida definitiva signado por el Jefe de Departamento de la Defensa de la Infancia y la Familia, y/o Procurador de la Defensa del Menor la Mujer y la Familia y Director Jurídico.	Oficio
Coordinador	2. Gira instrucciones cuando algún albergado(a) tenga salida definitiva, debiendo salir con personal autorizado por el Coordinador(a).	
Enfermería	3. Recibe indicaciones tratándose de salidas definitivas para ayudar al albergado(a) en su arreglo personal	
Enfermería	4. Solicita al área administrativa pertenencias del albergado(a) para su salida definitiva.	
Tutoría	5. Llena ficha de egreso con los datos correspondientes asentados en la misma.	Ficha de egreso
	6. Entrega al albergado(a) con los familiares señalados en el oficio de egreso para su restitución, junto con todas sus pertenencias con las que ingresó.	
<b>Fin del procedimiento</b>		

## Diagrama de Flujo DESDCSCI-09



## Anexos DESDCSCI-09

### Formato 1.3 Ficha de Egreso

FICHA DE EGRESO		FORMATO 1.3
-----PARA SER LLENADO POR EL TUTOR(A) EN TURNO-----		
1. DATOS GENERALES		
NOMBRE COMPLETO:		
NUMERO DE EXPEDIENTE:		
EDAD AL EGRESO:		
FECHA DE EGRESO:		
CAUSA DE EGRESO:		
LUGAR DE EGRESO: (especificar datos completos, incluyendo dirección)		
2. SITUACION ESCOLAR Y PRODUCTIVA		
3. DOCUMENTOS ENTREGADOS		
4. PERTENENCIAS ENTREGADAS		
5. RECOMENDACIONES MEDICAS		
MEDICAS:		
DESARROLLO:		
PSICOLOGIA:		
OTRAS:		
6. ENTREGA AL INGRESO (FECHA, NOMBRE FIRMA)		
7. VISTO BUENO DE LA COORDINACION:		



YO \_\_\_\_\_  
(nombre completo de quien recibe al niño(a))

RECIBO \_\_\_\_\_ A

\_\_\_\_\_  
(nombre completo del niño(a))

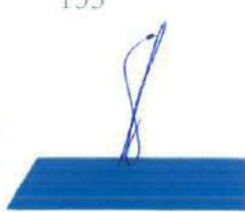
POR PARTE DE CASA DE LA NIÑEZ POBLANA, DEL SISTEMA DIF ESTATAL EN PERFECTAS CONDICIONES DE SALUD E INTEGRIDAD FISICA, JUNTO CON LOS DOCUMENTOS Y PERTENENCIAS ESPECIFICADOS EN EL PRESENTE.

ASIMISMO, DOY FE DE QUE ENTREGO EL OFICIO DE EGRESO NO. \_\_\_\_\_  
EMITIDO POR \_\_\_\_\_ QUE ME IDENTIFICA  
COMO LA PERSONA INDICADA PARA EGRESAR A MI \_\_\_\_\_ DE  
CASA DE LA NIÑEZ POBLANA.

LO CUAL CORROBORO CON EL ORIGINAL DE LA IDENTIFICACION OFICIAL QUE PRESENTO Y DE LA CUAL DEJO UNA COPIA.

PUEBLA, A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL AÑO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE AL NIÑO(A)



## Procedimiento DESDCSCI-10

### Procedimiento de ingreso a Casa del Adolescente (CAD)

Tiempo Promedio: 45 minutos

<p><b>Elabora:</b></p>  <p><b>Josué Castañeda Rosales</b> JCR (CAD) Junio 2018</p>	<p><b>Valida:</b></p>  <p><b>Jorge Armando Osorio Tesillos</b> JAOT (DCSCI) Junio 2018</p>	<p><b>Autoriza:</b></p>  <p><b>Argelina Selenita Méndez Olguín</b> ASMO (DES) Junio 2018</p>
---	---	--

**Objetivo**

Brindar protección y seguridad al adolescente conociendo los datos generales y el motivo por el que el/la adolescente ingresa a Casa del Adolescente, mediante el llenado de la Ficha de Ingreso con la finalidad de mantener un expediente por cada ingreso en el albergue manteniendo esta información ordenada y en archivo para control y orden de la información en su expediente

**Normas y Políticas de Operación**

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

**Responsables**

Casa del Adolescente

**Áreas Involucradas**

Departamento de la Defensa de la Infancia y la Familia, Procuraduría General de Justicia del Estado de Puebla, Fiscalía General del Estado, Guardia Externo de Casa del Adolescente, Departamento de la Defensa de la Infancia y la Familia, abogado de guardia, Enfermería

**Recursos**

Expediente.



## Normas y Políticas de Operación DESDCSCI-10

1. El beneficiario debe ser un adolescente de entre 13 y 17 años 11 meses de edad.
2. El servicio se extiende para todos aquellos adolescentes que encuadren en la edad objetivo y que sean colocados bajo la custodia legal del SEDIF a través de mandato de ley y enviados por la autoridad competente, por lo que cualquier adolescente de cualquier nacionalidad que se encuentre en desamparo y que cumpla con el perfil de edad y de ingreso, podrá obtener los servicios del albergue.
3. Para su ingreso se debe presentar la siguiente documentación:
  - Oficio de la Departamento de la Defensa de la Infancia y la Familia o Fiscalía General del Estado donde se autoriza su ingreso.
4. El beneficiario tendrá derecho a recibir albergue y hospedaje, alimentación, servicios médicos, actividades lúdicas educativas y actividades recreativas, así como apoyo psicológico, vestido y calzado.
5. Dar a conocer los lineamientos generales del albergue.
6. Canalizar al área médica para que sea valorado (a) y saber el estado de salud en el que se recibe al/el adolescente.
7. Llevar el control de los expedientes de cada ingreso, con los formatos de ingreso, e identificación del paciente con su historial médico, realizando actualización de la información contenida en los mismos de forma periódica.
8. Realizar valoraciones periódicas sobre la salud física y mental de albergados (as), tanto médica, psicológica, odontológica y nutricional que permita medir su estado de bienestar o tomar las decisiones pertinentes que contribuyan a mejorar su condición durante su estancia en la casa.
9. Crear planes de desarrollo de acuerdo a las características que tenga cada ingreso, que brinde una atención integral de acuerdo a los albergados (as) formando en ellos los valores morales de responsabilidad, creatividad, socialización, que le permitan una sana convivencia con la sociedad.
10. Dar un puntual seguimiento y vigilancia al desarrollo educativo de los albergados (as) durante su permanencia en el albergue.
11. Realizar y programar actividades educativas y recreativas que coadyuven con el desarrollo integral y aprendizaje de los niños y niñas, adecuados a sus edades.

## Descripción del Procedimiento DESDCSCI-10

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
<b>Inicio del Procedimiento</b>		
Departamento de la Defensa de la Infancia y la Familia (DDIF), Procuraduría General de Justicia del Estado de Puebla (PGJEP), Fiscalía General del Estado (FGE)	1. Acude a la Casa del Adolescente (CAD) a presentar ingreso por albergue	Oficio Averiguación previa Constancia de hechos
Guardia Externo de Casa del Adolescente (CAD)	2. Recibe solicitantes y solicita documentos de ingreso que pueden ser oficio del Departamento de la Defensa de la Infancia y la Familia, Averiguación Previa o Constancia de Hechos y valoración médica de ingreso, emitida por médico legista.	
Departamento de la Defensa de la Infancia y la Familia, abogado de guardia.	3. Recibe información sobre documentación para autorizar el Ingreso y autoriza o niega el acceso	Ficha de ingreso
Enfermería	4. Llena ficha administrativa de ingreso entrevistando a la persona que presenta a la niña niño y/o Adolescente Verifica si trae consigo artículos personales y/o de valor.	
	5. Explora físicamente al ingreso para detectar agresiones físicas a su cuerpo	

