

**Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Jalisco**  
**Dirección de Atención a Personas con Discapacidad**  
**Informe Mensual de Unidades de Rehabilitación**

|                          |                                  |   |                        |        |   |
|--------------------------|----------------------------------|---|------------------------|--------|---|
| Nombre del Médico:       | MARIA DE LOURDES ORTIZ JARAMILLO | Unidad de Rehabilitación:                       | DEGOLLADO              | Fecha: | ABRIL (DEL 16 DE MARZO AL 15 DE ABRIL 2020) |
| Responsable del Informe: | IRMA MUÑOZ ORNELAS               | Correo electrónico del responsable del Informe: | ubrdegollado@gmail.com |        |   |

**Rangos de edad de pacientes de primera vez en la Unidad de Rehabilitación**

| Edad  | < 1 |   | 1 a 4 |   | 5 a 9 |   | 10 a 14 |   | 15 a 19 |   | 20 a 29 |   | 30 a 39 |   | 40 a 49 |   | 50 a 59 |   | 60 a 69 |   | 70 a 79 |   | > 80 |   | Total H | Total M |
|-------|-----|---|-------|---|-------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|------|---|---------|---------|
| Sexo  | H   | M | H     | M | H     | M | H       | M | H       | M | H       | M | H       | M | H       | M | H       | M | H       | M | H       | M | H    | M |         |         |
| Total | 0   | 0 | 0     | 0 | 0     | 0 | 0       | 0 | 0       | 0 | 0       | 0 | 0       | 0 | 0       | 0 | 0       | 0 | 0       | 0 | 0       | 0 | 0    | 0 | 0       | 0       |

| Personas atendidas  |    |    |           |
|---------------------|----|----|-----------|
| Terapia Fisica      |    |    |           |
|                     | H  | M  | Total     |
| 1ra. Vez            | 0  | 0  | 0         |
| Subs                | 14 | 29 | 43        |
| <b>Total</b>        |    |    | <b>43</b> |
| Terapia Ocupacional |    |    |           |
| 1ra. Vez            |    |    | 0         |
| Subs                |    |    | 0         |
| <b>Total</b>        |    |    | <b>0</b>  |
| Terapia de Lenguaje |    |    |           |
| 1ra. Vez            |    |    | 0         |
| Subs                |    |    | 0         |
| <b>Total</b>        |    |    | <b>0</b>  |

| Terapias otorgadas |    |               |  |
|--------------------|----|---------------|--|
| Terapia Fisica     |    |               |  |
| H                  | M  | Prog. de casa |  |
| 1                  | 0  |               |  |
| 39                 | 76 |               |  |
| T. Ocupacional     |    |               |  |
| H                  | M  | Prog. de casa |  |
|                    |    |               |  |
| T. de Lenguaje     |    |               |  |
| H                  | M  | Prog. de casa |  |
|                    |    |               |  |

| Pac. Sub.    |           |
|--------------|-----------|
| H            | M         |
| 14           | 29        |
| <b>Total</b> | <b>43</b> |

| Modalidad de Terapia |            |
|----------------------|------------|
| Mecano               | 115        |
| Electro              | 106        |
| Hidro                | 70         |
| <b>Total</b>         | <b>291</b> |

| Consulta Medica |   |   |          |
|-----------------|---|---|----------|
| Consulta        | H | M | Total    |
| 1ra. Vez        |   |   | 0        |
| Subs            |   |   | 0        |
| <b>Total</b>    |   |   | <b>0</b> |

| Principal causa de atención |  |
|-----------------------------|--|
| RADICULOPATIA               |  |
| GONARTROSIS                 |  |
| RETRASO PSICOMOTOR          |  |

| Otros Serv.                   | H | M | Total    |
|-------------------------------|---|---|----------|
| Dental                        |   |   | 0        |
| Optometría                    |   |   | 0        |
| Nutrición                     |   |   | 0        |
| Podología                     |   |   | 0        |
| Val. Med. Pl Sillas y/o Cred. |   |   | 0        |
| Otros                         |   |   | 0        |
| <b>Total</b>                  |   |   | <b>0</b> |

| Trabajo Social |   |   |       |
|----------------|---|---|-------|
| Pers. Atendias | H | M | Total |
|                |   | 1 | 1     |

| Psicología   |   |   |          |
|--------------|---|---|----------|
|              | H | M | Total    |
| 1ra. Vez     |   |   | 0        |
| Subs         |   |   | 0        |
| <b>Total</b> |   |   | <b>0</b> |

| Pláticas           |          |
|--------------------|----------|
| Eventos            |          |
| Personas           |          |
| <b>Detecciones</b> | <b>0</b> |

| Total de terapias otorgadas |    |       |
|-----------------------------|----|-------|
| H                           | M  | Total |
| 40                          | 76 | 116   |

| Personas con discapacidad que acudieron |          |        |            |          |      |
|---|----------|--------|------------|----------|------|
| Visual                                  | Auditiva | Motora | Intelectua | Múltiple | TEA* |
|   |          | 8      |            |          |      |

| Altas   |   |           |   |                  |   |              |   |       |   |
|---------|---|-----------|---|------------------|---|--------------|---|-------|---|
| Mejoría |   | Defunción |   | Máximo Beneficio |   | Inasistencia |   | Total |   |
| H       | M | H         | M | H                | M | H            | M | H     | M |
|         |   |           |   |                  |   |              |   | 0     | 0 |

| Recursos Humanos con los que cuenta la Unidad |              |       |                |                  |                     |                    |          |           |             |       |       |
|---|--------------|-------|----------------|------------------|---------------------|--------------------|----------|-----------|-------------|-------|-------|
| Medico Esp.                                   | Medico Gral. | Psic. | Trabajo Social | Terapeuta Físico | Terapia Ocupacional | Terapeuta Lenguaje | PSS T.F. | Aux. T.F. | Pers. Advo. | Otros | Total |
| 1   |              |       | 1              | 3                |                     |                    |          |           |             | 1     | 6     |

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| <b>Total de Servicios</b> | <b>117</b> |
|---------------------------|------------|

**DIF** Jalisco
   
 Irma Muñoz O.
   
 IRMA MUÑOZ ORNELAS
   
 Nombre y firma del responsable del informe
   
 \*Trastorno espectro autista

