

**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**

<b>Nombre del Médico:</b> CESAR UTIEL BECERRA RUIZ	<b>Unidad de Rehabilitación:</b> DEGOLLADO	<b>Fecha:</b> ENERO 2021 (DEL 08 DE DICIEMBRE 2020 AL 15 DE ENERO 2021)
<b>Responsable del Informe:</b> IRMA MUÑOZ ORNELAS	<b>Correo electrónico del responsable del Informe:</b>	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		
				1				1									1	1	1						1	4
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	

**Personas atendidas**

**Terapias otorgadas**

**Pac. Sub.**

**Modalidad de Terapia**

**Consulta Medica**

**Principal causa de atención**

**Terapia Fisica**

	H	M	Total
1ra. Vez	1	4	5
Subs	18	28	46
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>32</b>	<b>51</b>

**Terapia Fisica**

H	M	Prog. de casa
	1	
84	108	

H	M
18	28
<b>Total</b>	<b>46</b>

Mecano	187
Electro	163
Hidro	137
<b>Total</b>	<b>487</b>

Consulta	H	M	Total
1ra. Vez	1	5	6
Subs	7	12	19
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>25</b>

LUMBALGIA
GONARTROSIS
MANGUITO ROTADOR

**Terapia Ocupacional**

1ra. Vez			0
Subs			0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**T. Ocupacional**

H	M	Prog. de casa

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

**Trabajo Social**

Pers. Atendias	H	M	Total
	1	4	5

**Psicología**

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

**Terapia de Lenguaje**

1ra. Vez			0
Subs			0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**T. de Lenguaje**

H	M	Prog. de casa

**Altas**

Mejoría		Defunción		Máximo Beneficio		Inasistencia		Total	
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
					1			0	1

**Pláticas**

Eventos	
Personas	
Detecciones	0

**Total de terapias otorgadas**

H	M	Total
84	109	193

**Personas con discapacidad que acudieron**

Visual	Auditiva	Motora	Intelectua	Múltiple	TEA*
		11			

\*Transtorno espectro autista

**Total de Servicios** **223**

**Irma Muñoz Ornelas**  
 IRMA MUÑOZ ORNELAS  
 Nombre y firma del responsable del informe

**Recursos Humanos con los que cuenta la Unidad**

Medico Esp.	Medico Gral.	Psic.	Trabajo Social	Terapeuta Fisico	Terapia Ocupacional	Terapeuta Lenguaje	PSS T.F.	Aux. T.F.	Pers. Advo.	Otros	Total
1			1	3						1	6