

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Jalisco Dirección para la Inclusión de las Personas con Discapacidad Informe Mensual de Unidades de Rehabilitación

OCTUBRE 2021 (DEL 16 DE DEGOLLADO Unidad de Rehabilitación: Fecha: CESAR UTIEL BECERRA RUIZ Nombre del Médico: SEPTIEMBRE AL 15 DE LAURA CRISTINA PARRA HERNANDEZ Correo electrónico del responsable del Informe: ubrdegollado@gmail.com esponsable del Informe:

| Edad | < | :1 | 1 | a 4 | 5 | a 9 | 10 a 1 | 4 | 3 | 15 a 19 | 20 a | 29 | 30 | a 39 | 40 a | 49 | 50 | a 59 | 60 | a 69 | 70 a | 79 | > 8 | 0 | Total H | Total I |
|-------|---|-----|---|-----|---|-----|--------|---|---|---------|------|----|----|------|------|----|----|------|----|------|------|----|-----|---|---------|---------|
| Sexo | Н | IVI | Н | IVI | Н | M | Н | M | Н | IVI | Н | M | Н | M | Н | M | Н | M | Н | M | Н | M | Н | M | TOTAL | Total |
| | | | | | | | | | - | r, | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 |
| 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 |

| Tera | apia Fi | sica | |
|---|---------|-------|-------|
| | Н | M | Total |
| 1ra. Vez | 0 | 0 | 0 |
| Subs | 21 | 24 | 45 |
| | To | tal | 45 |
| Terapia | Ocup | acio | nal |
| 1ra. Vez | | | 0 |
| Subs | | | 0 |
| | To | tal | 0 |
| Terapia | ı de Le | engua | aje |
| 1ra. Vez | | | 0 |
| 110000000000000000000000000000000000000 | - | | |

Total

| Т | erapia | a Fisica |
|----|--------|---------------|
| Н | M | Prog. de casa |
| 0 | 0 | 0 |
| 49 | 70 | 0 |
| Т, | Ocup | pacional |
| Н | M | Prog. de casa |
| | | |
| T | de L | enguaje - |
| Н | M | Prog. de casa |
| | | |

| Pac. Si | ıb. | | Modalio Tera | |
|---------|-----|---|-----------------|-----|
| H | М | | Mecano | 119 |
| 21 | 24 | | Electro | 115 |
| Total | 45 | | Hidro | 0 |
| | | - | Total | 234 |
| Otros | | | | |
| Serv. | Н | M | Total | |
| Dantel | I | | 1 0 | |

| Otros | Н | M | Total |
|------------|------|-------|-------|
| Serv. | -3.5 | | |
| Dental | | | 0 |
| Optometria | | | 0 |
| Nutrición | | | 0 |
| Pdagogía | | | 0 |
| Otros | | | 0 |
| | | Total | 0 |

| Consult a | Н | M | Total |
|--------------|-------|---|-------|
| 1ra. Vez | 0 | 0 | 0 |
| Subs | 8 | 9 | 17 |
| | Total | | 17 |

Total

Trabajo Social

Pers. Atendias

| | atención | |
|-----|---------------|------|
| | LUMBALGIA | |
| РО | . COLUMNA LUM | BAR |
| PO. | MANGUITO ROTA | ADOR |
| | | |
| | | |

Principal causa de

| Otros Serv. | Н | M | Total |
|----------------|---|-------|-------|
| Dental | | | 0 |
| Optometria | | | 0 |
| Nutrición | | | 0 |
| Pdagogía | | | 0 |
| Otros | | | 0 |
| | | Total | 0 |

| ı | Psicol | ogía | |
|----------|--------|------|-------|
| | Н | М | Total |
| 1ra. Vez | 0 | 0 | 0 |
| Subs | 0 | 0 | 0 |
| | Tot | al | 0 |

| Plática | 15 | |
|----------|----|---|
| Eventos | | |
| Personas | | ٦ |

Subs

| de ter | |
|--------|----------------------------|
| orgad | as |
| M | Total |
| 70 | 119 |
| | de ter orgad M 70 |

| | | acudier | on | |
|--------|----------|---------|------------|------------------|
| Visual | Auditiva | Motora | Intelectua | TERNO MUA |
| | | 10 | 1 6 | as me |
| | | 2 | *Transtorr | no especial dist |

Nombre y firma del responsable del info

| Mejo | oría | Defu | ınción | Máximo | Beneficio | Inasist | encia | Tota | ıl |
|------|------|------|--------|--------|-----------|---------|-------|------|----|
| Н | М | Н | М | Н | М | Н | М | Н | |
| | | | | | | | | 0 | |

| Medico Esp. | Medico Gral. | Psic. | Trabajo Social | Terapeuta Físico | Terapeuta Ocupacion | Terapeuta Lenguaie | Aux. | Odontolo | Otros | Total |
|-------------|-----------------|-------|-------------------|---------------------|------------------------|-----------------------|------|----------|-------|-------|
|-------------|-----------------|-------|-------------------|---------------------|------------------------|-----------------------|------|----------|-------|-------|