



Tlalnepantla
de Baz 2022 - 2024
Nuevo Gobierno, *Nuevas Ideas*

Gaceta Municipal

Miércoles 23 de noviembre de 2022

Número 45 (Sexta Sección)

Volumen 1

Órgano Oficial del Ayuntamiento
de Tlalnepantla de Baz

Sumario

Manuales de Procedimientos del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

- Dirección de Salud

C. Marco Antonio Rodríguez Hurtado, Presidente Municipal Constitucional de Tlalnepantla de Baz, Estado de México, en ejercicio de las atribuciones que le confiere el artículo 128 fracción XIV de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México, así como los artículos 48 fracción III, 86 y 91 fracciones VIII y XIII de la Ley Orgánica Municipal del Estado de México, a sus habitantes hace saber:



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNEPANTLA DE BAZ
2022- 2024



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN DE SALUD

Nuevo Gobierno, *Nuevas Ideas*

@GovTlaine 56 3622 0000



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNEPANTLA DE BAZ
2022- 2024



© Derechos reservados.

**Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la
Familia de Tlalnepantla de Baz, Estado de México.**

Av. Convento de Santa Mónica s/n esq. Convento de San
Fernando, Fraccionamiento Jardines de Santa Mónica,
Tlalnepantla de Baz, Estado de México, C.P. 54050.
(55) 5361 2115.

Dirección de Salud.

Septiembre de 2022.

Impreso y hecho en Tlalnepantla de Baz, Estado
de México.

La reproducción total o parcial de este documento se
autorizará, siempre y cuando se dé el crédito
correspondiente.

Nuevo Gobierno, *Nuevas Ideas*

@GovTlalne 56 5622 0000





ÍNDICE

I.	PRESENTACIÓN	4
II.	LISTADO DE PROCEDIMIENTOS	5
III.	DIRECCIÓN DE SALUD	7
a)	SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN Y FORTALECIMIENTO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD	20
i.	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN A NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)	20
ii.	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	42
iii.	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN E INCLUSIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CECAIN)	129
b)	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE SALUD PREVENTIVA	168
c)	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA	206
d)	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	247
e)	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE LABORATORIO	279
f)	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES	324
g)	JEFATURA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA	364
h)	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE CONTROL, ATENCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL	419
IV.	VALIDACIÓN DEL MANUAL	519



I. PRESENTACIÓN

De conformidad con lo establecido en los artículos 31, fracción I de la Ley Orgánica Municipal del Estado de México; 15 BIS de la Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social de Carácter Municipal, denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia"; y 11 y 35, fracción XVI del Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia (SMDIF) de Tlalnepantla de Baz, Estado de México; se realizó la integración de los Manuales de Procedimientos de las diversas dependencias que conforman la estructura orgánica de este Organismo para la administración 2022 – 2024.

El Manual de Procedimientos tiene como finalidad principal, el establecer los criterios jurídico-administrativos de los procesos y procedimientos que realiza la Dirección de Salud del SMDIF y, con ello, regular, optimizar y eficientar la Gestión Pública Municipal.

De igual manera, este instrumento normativo, servirá tanto de orientación, capacitación e inducción para las personas servidoras públicas de la Dirección de Salud, como de consulta para la ciudadanía en general o para otras instancias gubernamentales.

El presente documento se compone de los principales procedimientos de carácter adjetivo o sustantivo que las unidades administrativas del SMDIF realizan en el marco de su actuación; describiendo a detalle las actividades, las políticas y el nivel de interacción de cada una de las áreas adscritas a esta Dependencia.

El contenido de este Manual deberá revisarse periódicamente de manera anual, respecto a la fecha de aprobación de la Junta de Gobierno del SMDIF, o bien, cada vez que se efectúe una modificación a la normatividad vigente, propiciando en todo momento, la simplificación, el mejoramiento y el enriquecimiento del mismo.



II. LISTADO DE PROCEDIMIENTOS

Dirección de Salud

1. Estudio Socioeconómico y Cortesía Médica.

Jefatura de Departamento de Diagnóstico y Atención a Niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA)/ Aulas TEA

1. Atención presencial a niñas y niños con Trastorno del Espectro Autista. en las aulas TEA, Angélica Aragón y El Tenayo.

Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad.

1. Gestión de apoyos funcionales.
2. Expedición de Credencial Nacional de Discapacidad.
3. Terapias en materia de rehabilitación.
4. Prevención de la discapacidad (PREVIDIF).
5. Atención en trabajo social.
6. Atención en medicina especializada en rehabilitación.
7. Clases de movilidad, braille y LSM.

Jefatura de Departamento de Capacitación e Inclusión Laboral para personas con discapacidad.

1. Vinculación laboral.
2. Cursos, talleres de autoempleo.
3. Evaluación psicológica.

Jefatura de Departamento de Salud preventiva

1. Consulta general y de especialidades.
2. Elaboración de certificados médicos.
3. Curaciones.
4. Jornadas Médicas integrales.

Jefatura de Departamento de Odontología

1. Otorgamiento de consulta odontológica.
2. Otorgamiento de consulta odontológica en jornada.
3. Realización de fluoraciones a escolares

Jefatura de Departamento de Enfermería

1. Realización de detección de cáncer cérvico-uterino.
2. Realización de exploración mamaria.
3. Aplicación de biológico.
4. Somatometría y signos vitales.



Jefatura de Departamento de Laboratorio

1. Exámenes de laboratorio.

Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones.

1. Terapia psicológica enfocada al tratamiento de adicciones.
2. Servicio de orientación para la prevención de adicciones.
3. Pláticas y talleres enfocados a la prevención de adicciones y taller psicoeducativo del programa nueva vida.

Jefatura de Departamento de Psicología

1. Brindar pláticas, talleres, cursos, conferencias, capacitaciones y jornadas de salud mental.
2. Otorgamiento de terapia psicológica.
3. Otorgamiento de terapia psicológica en casos jurídicos y reinserción social.
4. Cursos de verano para niñas, niños y adolescentes.

Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal

1. Esterilización quirúrgica para perros y gatos.
2. Vacunación antirrábica y desparasitación interna de perros y gatos.
3. Consulta veterinaria a perros y gatos.
4. Atención por mordedura de perro o gato.
5. Eutanasia y muestra de encéfalos de animales caninos y felinos.
6. Captura de perros y gatos en situación de vulnerabilidad.
7. Adopción de animales caninos y felinos en situación de calle.
8. Atención a casos de Maltrato Animal.



III. DIRECCIÓN DE SALUD

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	DIRECCIÓN DE SALUD
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ESTUDIO SOCIOECONÓMICO Y CORTESÍA MÉDICA
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/001

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS



> OBJETIVO

Seguimiento sobre aquellos casos que requieran la realización de Estudios Socioeconómicos internos o externos, sin costo alguno, mediante los cuales es posible superar, a través de calificar los diferentes niveles socioeconómicos; el nivel de vulnerabilidad de las personas usuarias a efecto de determinar su acceso gratuito a los servicios médico -asistenciales que brinda el Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz; o de igual forma realizar el estudio socioeconómico para presentarlo en Instituciones públicas o privadas con el fin de obtener servicios médico – asistenciales gratuitos o a bajo costo.

> ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud, a las Dependencias y Unidades Administrativas del SMDIF Tlalnepantla de Baz; así como a las personas que se encuentren en esa situación de vulnerabilidad y que soliciten el estudio socioeconómico.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Ley General de Salud.
- Ley General para la Inclusión de Personas con Discapacidad.
- Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista.
- Ley Federal del Trabajo.
- Ley de Asistencia Social.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, Denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Ley de Desarrollo Social del Estado de México.
- Ley para la Inclusión de las personas en situación de Discapacidad del Estado de México.
- Ley para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista en el Estado De México.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, México.
- Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz.
- Libro Segundo del Código Administrativo del Estado de México
- Libro Decimo Primero del Código Administrativo del Estado de México
- NOM -031-SSA3-2012, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

8



- Lineamiento técnico de uso y manejo del equipo de protección personal ante la pandemia COVID-19, (mayo 2020).
- Guía de prevención de COVID 19 en la actividad laboral (Disposición adecuada de los RPBI).

➤ RESPONSABILIDADES

Titular de la Dirección de Salud, deberá:

Supervisar que el personal de trabajo social asignado a la Dirección de Salud, cuente con los insumos y equipo necesarios, para realizar los estudios socioeconómicos a la población que lo solicite.

Supervisar el trabajo del personal de trabajo social, verificar y recibir informe mensual de trabajo social; así como concentrar información acumulada de los avances mensuales en un informe global mensual.

Dependencias y Unidades Administrativas, deberán:

Hacer la solicitud de estudio socioeconómico mediante ocursó.

Trabajador(a) Social, deberá:

Realizar los estudios socioeconómicos con asertividad y veracidad, haciendo visitas domiciliarias para satisfacer las necesidades de las personas usuarias a efecto de asegurar su acceso a los servicios de salud asistencial, de conformidad a sus capacidades socioeconómicas.

Integrar un informe sobre los estudios socioeconómicos realizados; así como establecer el programa de seguimiento de las personas usuarias que requieran los estudios socioeconómicos.

Usuarios(as), deberán:

Contestar con veracidad y honestidad las preguntas realizadas por el personal de trabajo social de la Dirección de Salud; así como referir todas las variables que les solicitan.



➤ GLOSARIO

- **Cuota de recuperación:** La cantidad en moneda nacional que debe cubrir la persona usuaria de los servicios asistenciales por concepto de consulta, procedimientos médicos o estudios auxiliares de diagnóstico, que, para efectos de la aplicación de clasificación socioeconómica, su costo no es cubierto en su totalidad pues se relaciona con un porcentaje de subsidio, diferenciado para cada Nivel Socioeconómico y reflejado en el tabulador de costos autorizado por la Junta de Gobierno del SMDIF.
- **Cortesía Médica:** Condonación de la cuota de recuperación, que se tiene prevista para cualquier servicio de salud del SMDIF de Tlalnepantla de Baz.
- **Estudio socioeconómico:** Documento que nos permite conocer el entorno económico, social, cultural y laboral de una persona; dicho documento se enriquece con información adquirida en la entrevista domiciliaria, investigación y validación de referencias, la información es recabada a través del candidato y de terceros como: vecinos, jefes inmediatos, compañeros, etcétera.
- **Personas usuarias bajo protección Institucional:** Pacientes cuya tutela está a cargo de un Organismo del Sector Público o Asociación Civil.
- **Protección Institucional:** Se refiere a la situación de dependencia total de una persona, discapacitada o adulta mayor que se encuentra a cargo de una institución, generalmente por orfandad o incapacidad de los padres, abandono, indigencia, proceso penal, falta de vivienda, trabajo y redes de apoyo.
- **Usuario(a):** Es aquella persona física o moral que utiliza de manera habitual un servicio, y que siente beneficios y satisfacción en las gratificaciones que obtiene al utilizarlo, con independencia del uso que vaya a hacer de ellos.
- **Visita Domiciliaria:** Es aquella visita que realiza el especialista en Trabajo social a un hogar, tratando de tomar contacto directo con la persona o /y su familia, constándole exactamente el lugar donde vive, indagando y comprobando los ingresos que perciben los integrantes de la familia.

➤ ACRÓNIMOS

- **CURP:** Clave Única de Registro de Población.
- **INE:** Instituto Nacional Electoral
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.
- **NOM:** Norma Oficial Mexicana.

➤ INSUMOS

- CURP.
- Credencial institucional.
- Formatos Oficiales para el estudio socioeconómico.
- Cortesía Médica.
- Sistema de cómputo.



- Línea Telefónica.
- Automóvil con gasolina.
- Carta compromiso.

➤ RESULTADOS

1. Que se encuentre en situación de vulnerabilidad; y que no cuente con derechohabencia o afiliación de servicios de salud públicos o privados; tenga la posibilidad de acceder a una cortesía médica, que es la condonación de la cuota de recuperación que se tiene prevista para cualquier servicio de salud, está a través de un estudio socioeconómico.
2. Pueda obtener un estudio socioeconómico para presentarlo a alguna institución de salud privada o pública, para los fines que la persona usuaria convenga.

➤ POLÍTICAS

- El SMDIF dará preferencia en el otorgamiento de servicios médico asistenciales a las personas usuarias bajo protección Institucional.
- Todo el personal deberá portar sin excusa, la credencial institucional para su fácil identificación dentro de las instalaciones del centro de trabajo del SMDIF.
- Se establecerán criterios para la atención de las personas usuarias en situación de vulnerabilidad a los diversos servicios asistenciales que brinda el SMDIF, con el objeto de favorecer su acceso a dichos servicios, evitando en todo momento la demora en su atención, discriminación o mal trato.
- Entre las personas usuarias se busca favorecer y brindar atención personalizada de acuerdo a sus características individuales a las pertenecientes a los siguientes grupos:
 - ✓ Niñas, niños o adolescentes;
 - ✓ Personas adultas mayores con o sin discapacidades físicas y/o mentales;
 - ✓ Personas que no hablen español;
 - ✓ Personas que no sepan leer o escribir;
 - ✓ Personas víctimas de violencia; y,
 - ✓ Personas en situación de carencias socioeconómicas o en pobreza extrema.
- El personal de trabajo social realizará el estudio socioeconómico a todas las personas usuarias que acuden a los servicios asistenciales que proporciona el Sistema, registrando la asignación del nivel socioeconómico en el Formato de Estudio Socioeconómico, a fin de que el pago de la cuota de recuperación se asigne de acuerdo a su situación económica y con base en los criterios de equidad y justicia.
- En caso de que otras instituciones públicas y privadas sean canalizadas a la Dirección de Salud, se deberá presentar el oficio donde se solicita el estudio con las siguientes características:
 - ✓ Nombre completo del usuario que será beneficiado
 - ✓ Teléfono de Contacto del usuario que será beneficiado
 - ✓ INE del usuario que será beneficiado con domicilio en Tlalnepantla de Baz
- En caso de que los titulares de las Unidades Administrativas de la Dirección de Salud que requieran la realización de estudios socioeconómicos y de trabajo social para



brindar atención asistencial a las personas usuarias que lo requieran deberán observar lo siguiente:

- ✓ Deberán hacer la solicitud mediante ocursu.
- ✓ Las personas usuarias a las que se les vaya a aplicar el trámite de estudios socioeconómicos, deberán ser residentes del municipio de Tlalnepantla de Baz.
- Las personas usuarias que sean sujetas a estudios socioeconómicos (sean canalizadas por titulares de las dependencias o unidades administrativas de este SMDIF o acudan por iniciativa propia) deberán presentar los siguientes documentos comprobatorios, tanto para trámite de primera vez o actualización de estudio socioeconómico:
 - ✓ INE.
 - ✓ CURP.
 - ✓ Comprobante de domicilio: Se tomarán como comprobantes de domicilio el recibo de agua, predial y teléfono y/o la constancia de domicilio emitida por la Secretaría del Ayuntamiento. Estos deberán tener una vigencia no mayor a tres meses.
 - ✓ Comprobante de ingresos: Se considerará a un documento "constancia laboral" expedida por su empleador donde se especifique la ocupación de la persona usuaria o de su familiar responsable, así como los ingresos que éste obtiene por dicha tarea. Estos deberán tener una vigencia no mayor a tres meses.
En caso de que la persona usuaria y/o familiar responsable no cuente con un documento que respalde sus ingresos, se deberá elaborar un escrito a título personal donde estipule la leyenda: "**bajo protesta de decir verdad**" especificando a qué se dedica y a cuánto ascienden sus ingresos, este escrito se anexará al Estudio Socioeconómico.
- Las personas usuarias que deseen obtener estudios socioeconómicos estarán sujetas a una visita domiciliaria para corroborar los datos obtenidos con los documentos que entrego al Trabajador (a) Social.
- La vigencia del Estudio Socioeconómico será de un año a partir de la recepción del mismo, a cuyo término procederá una actualización.
- Incluir requisitos que deben cubrirse cuando sea una instancia externa al SMDIF.
- El personal involucrado debe mantener una conducta ética y de trato profesional para con los pacientes y con todo el personal.
- Los estudios socioeconómicos se entregan de manera individual a los usuarios, tanto si son para el otorgamiento de servicio del SMDIF o para instancias externas; y son entregados 10 días hábiles después de la solicitud del mismo.
- En caso de falta de respeto de la persona usuaria, de sus familiares o presentarse en estado inconveniente (alcohol o drogas), se suspenderá el servicio.





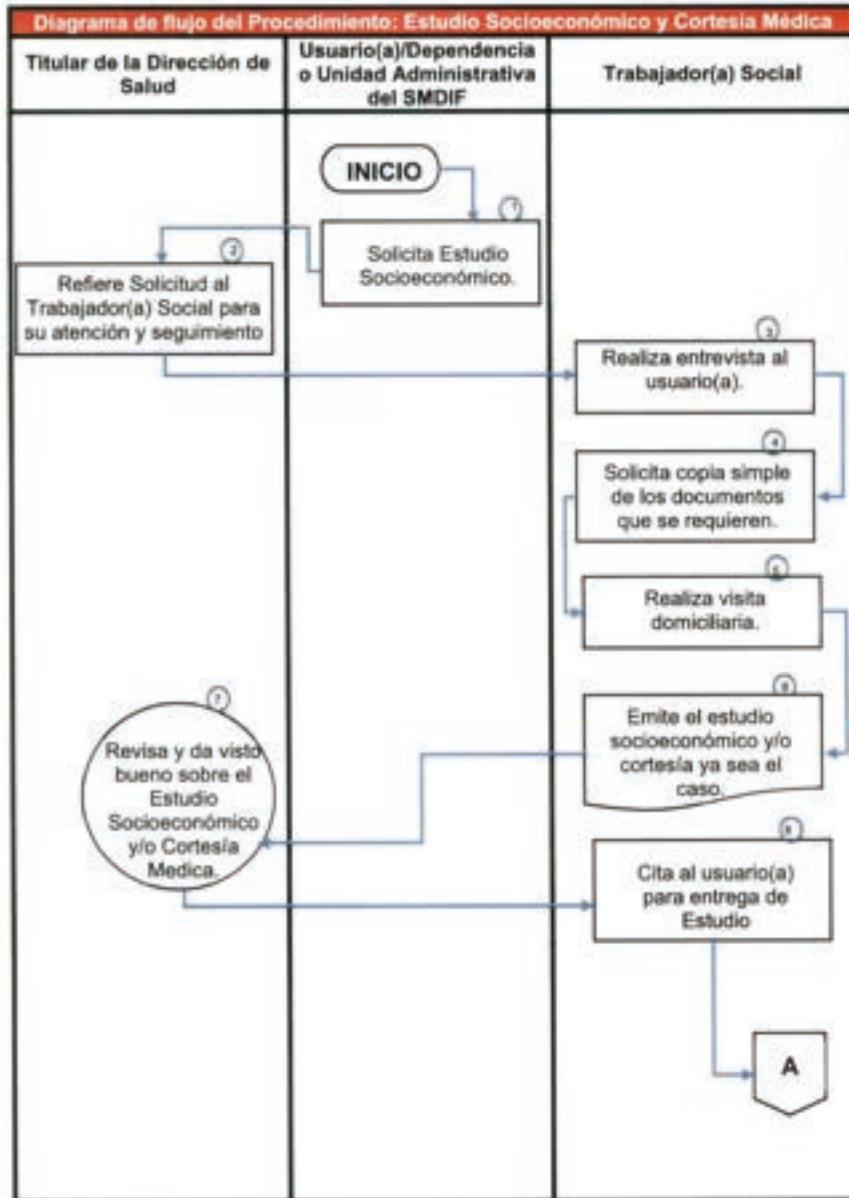
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

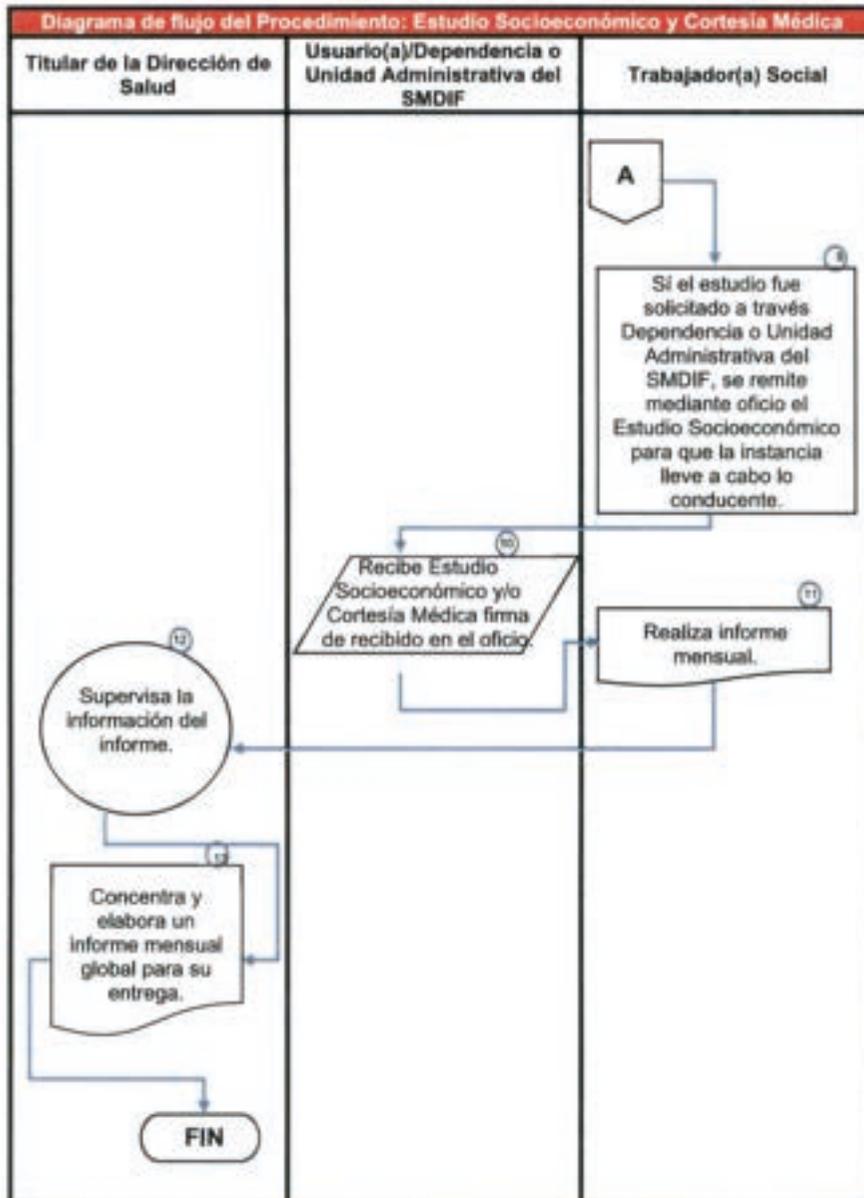
Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario(a)/Dependencia o Unidad Administrativa del SMDIF	1	Solicita Estudio Socioeconómico para presentarlo a una institución o para gratuidad de algún servicio médico que se otorgue en el SMDIF Tlalnepantla de Baz.
Titular de la Dirección de Salud	2	Refiere Solicitud al Trabajador(a) Social para su atención y seguimiento.
Trabajador(a) Social	3	Realiza entrevista al usuario(a).
Trabajador(a) Social	4	Solicita copia simple de los documentos que se requieren (INE, CURP, comprobante de domicilio y comprobante de Ingresos); para realizar el estudio socioeconómico.
Trabajador(a) Social	5	Realiza visita domiciliaria.
Trabajador(a) Social	6	Emite el estudio socioeconómico para presentarlo en la institución pública o privada que al beneficiario convenga al usuario(a); o emite el Estudio Socioeconómico y Cortesía Médica cuando el usuario(a) solicita un servicio médico de gratuidad para que se otorgue en el SMDIF Tlalnepantla de Baz.
Titular de la Dirección de Salud	7	Revisa y da visto bueno sobre el Estudio Socioeconómico y/o Cortesía Médica.
Trabajador(a) Social	8	Cita al usuario(a) para entrega de estudio socioeconómico y en el caso que requiera cortesía médica, en sobre cerrado, con un oficio donde se redacta brevemente nombre del usuario(a) y el objetivo de obtener el estudio.
Trabajador(a) Social	9	Si el estudio fue solicitado a través Dependencia o Unidad Administrativa del SMDIF, se remite mediante oficio el Estudio Socioeconómico para que la instancia lleve a cabo lo conducente.
Usuario(a), Dependencia o Unidad Administrativa	10	Recibe Estudio Socioeconómico y/o Cortesía Médica firma de recibido en el oficio.
Trabajador (a) Social	11	Realiza informe mensual.
Titular de la Dirección de Salud	12	Supervisa la información del informe.
Titular de la Dirección de Salud	13	Concentra y elabora un informe mensual global para su entrega.
FIN		

14



> **DIAGRAMA DE FLUJO**







AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TALAÑEPANTLA DE BAZ
2021-2024



> **FORMATOS**

• **Estudio Socioeconómico**

SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DE TALAÑEPANTLA DE BAZ
DIRECCIÓN DE SALUD
TRABAJO SOCIAL

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO				
NOMBRE:			CLASIFICACIÓN	
EDAD	SEXO	ED. CIVIL	FECHA DE ESTUDIO	
ESCOLARIDAD		OCUPACIÓN		TEL. CELULAR
DOMICILIO				TEL. DOMICILIO
UBICACIÓN ENTRE CALLES				
ENTIDAD FEDERATIVA			CODIGO POSTAL	
REFERENCIAS DEL DOMICILIO				
MOTIVO DE ESTUDIO				
NOMBRE DEL ENTREVISTADO			PARENTESCO	
ESTRUCTURA FAMILIAR				
MEMBROS DE LA FAMILIA NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN ESCOLARIDAD



• Estudio Socioeconómico Reverso

SITUACION ECONOMICA			
INGRESO MENSUAL		EGRESO MENSUAL	
INGRESO		EGRESO	
PADRE		ALIMENTACIÓN	
MADRE		RENTA O PAGO DE CASA	
HUO (A)		SERVICIOS DEL HOGAR	
PACIENTE		ATENCIÓN MÉDICA	
ABUELO		EDUCACIÓN	
		TRANSPORTE	
		RECREACIÓN	
		VESTIDO	
TOTAL		MEDICAMENTOS	
		TOTAL	

--

TIPO DE VIVIENDA	COMPONENTES	SERVICIO	TENENCIA	TIPO DE CONSTRUIC.	BARRERAS ARQUITECTONICAS	
					INTERNAS	EXTERNAS
SALA	COMEDOR	ALUMBRADO	PROPIA	TERRAZA O LADRILLO	ESCALERAS	
COCINA	Nº DE BANCOS	ALCANTARILLADO	RENTA	CARPETA	ESPACIO REDUCIDO	
Nº DE RECAMARAS	AGUA	FRIGIFERANTE	PRESTADA	LAMINA	FALTA ADECUACION	
ALUMBRADO	LUZ	TELÉFONO	HIPOTECA	OTRO	FALTA MOVILIDAD	
DRENAJE	ALUMBRADO	TRANSPORTE	INT. SOCIAL		CALLE INACcesible	
ALCANTARILLADO	ALUMBRADO	SERV. DE LIMPIEZA	PREVIDENTE		FALTA TRANSPORTE	
FRIGIFERANTE	ALUMBRADO	PROPIA	OTRO		SIN FRIGIFERANTE	
TELÉFONO	ALUMBRADO	RENTA	TERRAZA O LADRILLO		RENDENTES	
TRANSPORTE	ALUMBRADO	PRESTADA	CARPETA		SUPERFICIAS	
SERV. DE LIMPIEZA	ALUMBRADO	HIPOTECA	LAMINA			
PROPIA	ALUMBRADO	INT. SOCIAL	OTRO			
RENTA	ALUMBRADO	PREVIDENTE				
PRESTADA	ALUMBRADO	OTRO				
HIPOTECA	ALUMBRADO					
INT. SOCIAL	ALUMBRADO					
PREVIDENTE	ALUMBRADO					
OTRO	ALUMBRADO					
	ALUMBRADO					
CASA						
DEPTO						
VICINIDAD						
CUARTO						
OTRO						

DATOS SIGNIFICATIVOS DE LA FAMILIA	

NOMBRE DE T.S. _____ FIRMA _____ SELLO DE DF MUNICIPAL _____



AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNEPANTLA DE BAZ
2023 - 2024



• **Cortesía Médica**



AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNEPANTLA DE BAZ
2023 - 2024

**CORTESÍA
DIRECCIÓN DE SALUD.**



UNIDAD: _____

FECHA: _____

SERVICIO QUE CANALIZA:	
NOMBRE DEL USUARIO:	EDAD:
DOMICILIO:	
TELÉFONO:	
MOTIVO DE LA CORTESÍA:	
OBSERVACIONES:	

ATENTAMENTE

CORPO:
CORTESÍA:
TOTAL:

Vo. Bu.





> VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General



- a) **SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN Y FORTALECIMIENTO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD**
- i. **JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO Y ATENCIÓN A NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)**

UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO Y ATENCIÓN A NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ATENCIÓN A NIÑAS Y NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/SAyFPD/DDyANTEA/001

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS



> OBJETIVO

Brindar atención a niñas y niños, así como a sus familias que presenten diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista, con sesiones informativas y formativas, además de implementar un modelo de atención integral de terapias para desarrollar habilidades que les permitan integrarse de manera funcional en actividades de la vida cotidiana, mejorando la calidad de vida y la inclusión social.

> ALCANCE

Aplica a la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a Personas con Discapacidad a través de la Jefatura de Departamento de Diagnóstico y Atención para Niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), a los servidores públicos adscritos a esta Jefatura de Departamento; así como a niñas, niños, adolescentes y padres de familia que se encuentren inscritos a las aulas TEA.

> FUNDAMENTO LEGAL

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ◆ Convención de Derechos Humanos sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- ◆ Ley General para la Inclusión de Personas con Discapacidad.
- ◆ Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista.
- ◆ Ley Federal del Trabajo.
- ◆ Ley General de Salud.
- ◆ Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
- ◆ Ley de Desarrollo Social del Estado de México.
- ◆ Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- ◆ Ley para la Inclusión de las Personas en Situación de Discapacidad del Estado de México.
- ◆ Ley Que Crea Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal Denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia".
- ◆ Reglamento de Salud del Estado de México.
- ◆ Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia. Subsección Primera, Artículo 58.

> RESPONSABILIDADES

Titular de la Jefatura del Departamento de Diagnóstico y Atención a niños con Trastorno del Espectro Autista deberá:

Supervisar la atención brindada en las aulas TEA; planear, organizar, ejecutar y evaluar las acciones para atender y detectar a niñas, niños y adolescentes con TEA.



Gestionar capacitaciones para el personal del Departamento, Coordinar actividades para atender a padres de familia y docentes de niñas, niños y adolescentes con TEA; así como, Rendir informes requeridos por parte del SMDIF en el ámbito de sus atribuciones.

Terapeuta del SMDIF, deberá:

Atender a niñas, niños y adolescentes de 4 a 12 años con Trastorno del Espectro el Autismo (TEA); y orientar a padres de familia, cuidadores y docentes de menores de edad con TEA.

Realizar las notas correspondientes en el expediente del menor de edad y en su caso realizar notas informativas a la persona Titular de la Jefatura del Departamento de Diagnóstico y Atención a niños con Trastorno del Espectro Autista, cuando exista sospecha o detección de vulnerabilidad los derechos del menor de edad y de sus familias.

Informar a la Jefatura de Departamento las necesidades para mejorar operatividad del mismo y sobre las solicitudes de pláticas sobre TEA por parte de escuelas; así como realizar informes de las actividades con los objetivos alcanzados de manera mensual.

Trabajador(a) Social del SMDIF, deberá:

Realizar estudios socioeconómicos para la población de atención TEA en las aulas "Angélica Aragón" y el "Tenayo", con la finalidad de integrar los expedientes clínicos del usuario(as) y determinar si se exenta el pago de las sesiones terapéuticas.

Custodiar los archivos, expedientes y documentación que se genere con el motivo del desarrollo de sus funciones; dar plena y total garantía del cumplimiento de los derechos de las niñas, niños y adolescentes con TEA; así como solicitar las debidas canalizaciones de niñas, niños y adolescentes con TEA, adscritos al Departamento, a servicios asistenciales.

Cajero(a), deberá:

Realizar el cobro y entrega recibo al usuario(a).

> GLOSARIO

- **Atribuciones:** Facultad o competencia, para hacer algo, que tiene una persona en función de su cargo o de su empleo.
- **Diagnóstico:** Acto de reconocer o distinguir los signos o los síntomas de una enfermedad, síndrome o condición.
- **Trastorno del Espectro Autista:** Trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por presentar retos en las áreas de comunicación y lenguaje, conducta, integración social e integración sensorial, las alteraciones suelen ser más evidentes durante los primeros años del desarrollo y de acuerdo a la demanda social.
- **Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Problemas Asociados a la Comunicación (TEACCH):** Es un programa de intervención, que permite proporcionar a los niños con autismo ambientes estructurados, predecibles y contextos directivos de aprendizaje; pretende la generalización de estos aprendizajes a otros contextos de la



vida, ayudando a preparar a las personas con autismo para vivir y trabajar más efectivamente en el hogar, en la escuela y en la comunidad. Se basa en la organización del espacio, cambio de actividades mediante agendas, sistemas de estudio y trabajo para facilitar el proceso de aprendizaje y la organización del material para estimular la independencia del alumno.

➤ ACRÓNIMOS

- **NNA:** Niñas, Niños y Adolescentes.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlaxcala de Baz.
- **TEA:** Trastorno del Espectro Autista.
- **TEACCH:** Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Problemas Asociados a la Comunicación.

➤ INSUMOS

- Reglamento TEA.
- Carta responsiva.
- Carnet de citas.
- Lista de asistencia.
- Formato de registro de atenciones.
- Formato de registro de defecciones.
- Formato de registro pláticas.
- Formato de registro de orientaciones.
- Formato de entrevista.

➤ RESULTADOS

- Atención Presencial en aula TEA Subsistema "El Tenayo".
- Atención Presencial en el Aula TEA Subsistema "Angélica Aragón".

➤ POLÍTICAS

- Las actividades se realizan en un horario de 8:00 a 14 horas de lunes a viernes.
- Se atiende a niñas, niños y adolescentes (NNA) con un rango de edad de 4 a 12 años 11 meses, dentro del diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista o características propias de la condición, que sean residentes del Estado de México, dando preferencia a los habitantes del municipio de Tlaxcala de Baz.
- Se da atención a los habitantes de otros municipios, siempre y cuando no haya usuarios(as), pertenecientes al municipio de Tlaxcala de Baz, registrados en lista de espera, en caso de existir dicha lista, se les anotará en ella y se les atenderá de acuerdo con el turno correspondiente, o por solicitud de la persona Titular de la Jefatura del



Departamento de Diagnóstico y Atención a niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

- Los padres o tutores deben asistir a las aulas TEA "Angélica Aragón" o el "Tenayo", para dejar la documentación de apertura de expediente y firma de carta responsiva y reglamento.
- La documentación que se debe presentar para recibir la atención es:
 - ✓ Copia de acta de nacimiento del padre o tutor.
 - ✓ CURP del padre o tutor.
 - ✓ Copia de la INE del padre o tutor.
 - ✓ Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses.
 - ✓ Copia de acta de nacimiento del menor de edad.
 - ✓ CURP del menor de edad.
 - ✓ Diagnóstico.
- En caso de que el menor de edad no cuente con un diagnóstico, se realizará una evaluación que determine si es candidato o no en el aula TEA Angélica Aragón y Aula TEA el Tenayo.
- Los padres o tutores deben apegarse al reglamento del aula TEA Angélica Aragón y Aula TEA el Tenayo.
- Los padres o tutores deben participar de manera activa en el programa en casa, así como en las sesiones que sean requeridas.
- El personal que forma parte del proyecto TEA, debe tener la capacitación y experiencia de por lo menos 1 año en atención a menores de edad con TEA y familias.
- Las sesiones de atención son establecidas de conformidad al "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF", vigente.
- En caso de que se requiera la realización de un estudio socioeconómico y del mismo, resulte con un grado de vulnerabilidad, se podrá exentar el pago.
- Toda atención al usuario(a) se da dentro de las instalaciones de las aulas TEA "Angélica Aragón" el "Tenayo".
- En caso de cierre por cuestiones de pandemia se brindará orientación y asesoría vía telefónica dentro del horario establecido.
- En la entrega de informe de avance, únicamente participa el personal que trabaja directamente con el usuario(a).
- El enfoque de trabajo dentro de las aulas TEA "Angélica Aragón" y el "Tenayo", se basa en la Metodología de intervención TEACCH, proporcionando atención en conducta, funciones ejecutivas y estimulación sensorial y sistemas alternativos y aumentativos de comunicación.
- Si alguna institución solicita pláticas sobre TEA estas deben ser mediante oficio y dirigidos a la persona Titular de la Jefatura del Departamento de Diagnóstico y Atención a Niños con TEA.
- La atención realizada por el o la terapeuta TEA es exclusiva para menores de edad inscritos en las aulas TEA "Angélica Aragón" o el "Tenayo".
- Los padres o tutores deberán notificar de cualquier enfermedad respiratoria o de sintomatología COVID al personal de las Aulas TEA, para seguir el protocolo correspondiente.





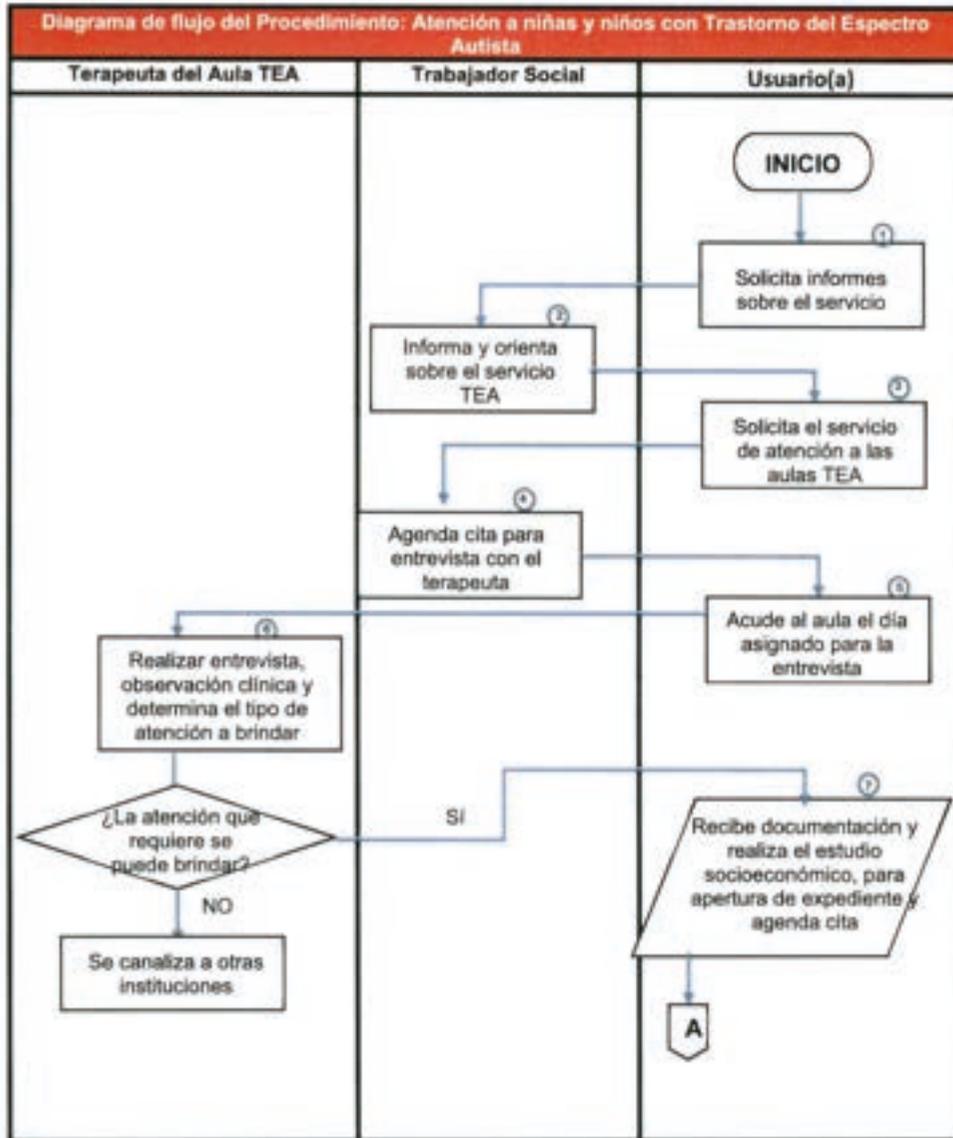
> DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

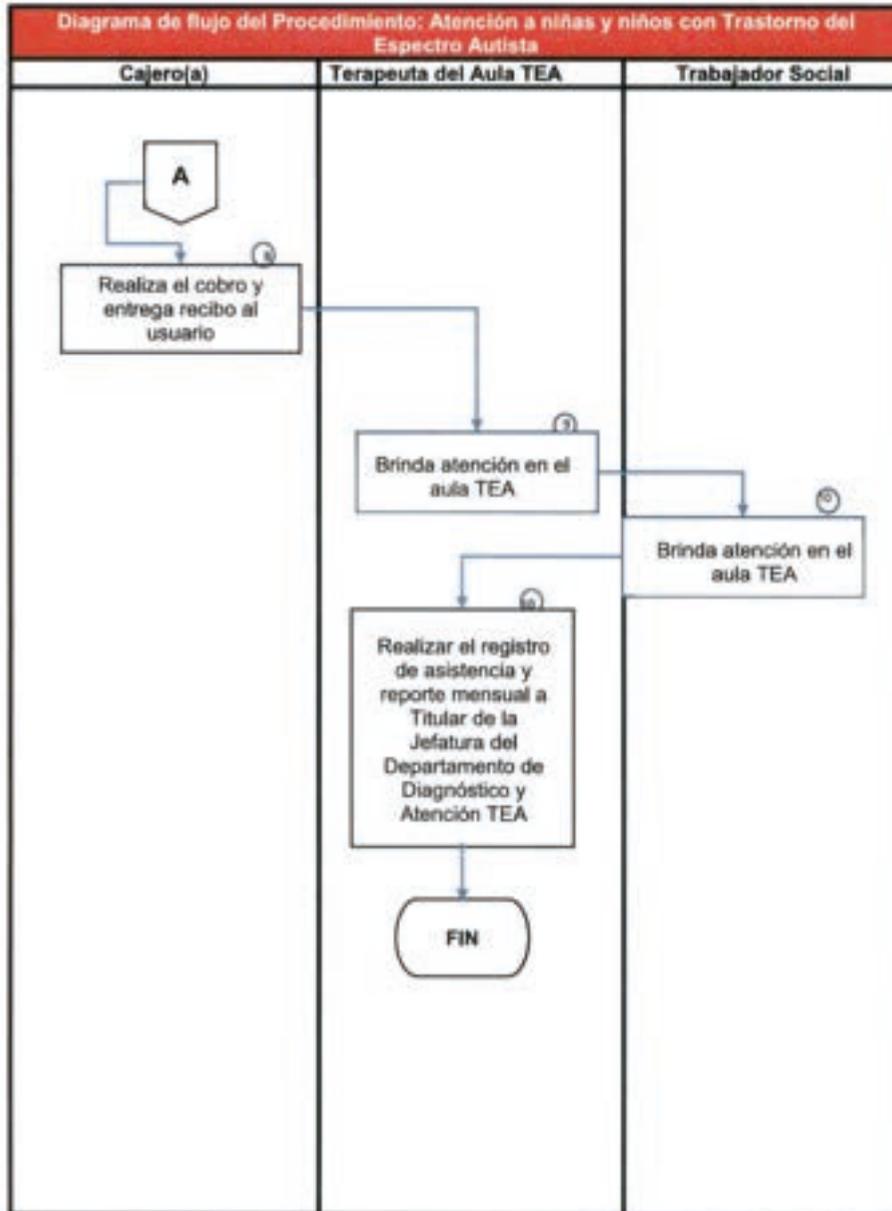
Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario(a)	1	Solicita informes sobre el servicio TEA en las aulas TEA "Angélica Aragón" y "El Tenayo".
Trabajador social	2	Informa y orienta sobre el servicio TEA.
Usuario(a)	3	Solicita el servicio de atención TEA en las aulas TEA "Angélica Aragón" y "El Tenayo".
Trabajador social	4	Agenda cita para entrevista con el terapeuta.
Usuario(a)	5	Acude al aula en el día asignado para la entrevista.
Terapeuta	6	Realiza entrevista inicial y determina el tipo de atención a brindar.
Trabajador Social	7	Recibe la documentación y realiza estudio socioeconómico, para la apertura de expediente y asigna cita.
Cajero(a)	8	Realiza el cobro y entrega recibo al usuario(a).
Terapeuta	9	Brinda la atención en las aulas TEA "Angélica Aragón" y "El Tenayo".
Trabajador Social	10	Se agenda cita para atenciones subsecuentes.
Terapeuta	11	Realizar el registro de asistencia y reporte mensual a la persona Titular de la Jefatura del Departamento de Diagnóstico y Atención TEA.
FIN		





> DIAGRAMA DE FLUJO







➤ FORMATOS

▪ Reglamento de atención TEA



Tlalnequintla de Bax a _____

REGLAMENTO DE SERVICIOS TEA

1. Puntualidad

- Llegar de manera puntual a la cita, ya que de otra manera no se repondrá el tiempo de terapia y no se atenderá fuera del horario asignado.
- Realizar el pago correspondiente a la atención antes de la cita programada.
- Después de 15 minutos no se recibirá a ningún paciente sin excepción alguna.
- En dado caso de que el menor de edad permanezca más de una hora en espera de sus padres o tutores se llamará a la Procuraduría de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) y se realizará nota informativa.
- Si se acumulan 3 retardos consecutivos se considerará como falta.
- Solo se justificarán las faltas que sean por cuestiones médicas y presentando una copia de la receta.
- Si acumula 2 faltas consecutivas injustificadas se suspenderán las citas programadas y se reprogramarán de acuerdo con la lista de espera.

2. Higiene y limpieza personal

- El menor de edad deberá asistir a la terapia con ropa adecuada y respectivo aseo personal.
- Si se detecta descuido por parte de los padres se realizará la debida nota informativa dirigida a Trabajo Social.

3. Compromiso de padres de familia o tutores.

- Deberá esperar al menor de edad dentro de las instalaciones de la UBRIS hasta que su sesión concluya.
- Deberá cumplir con los materiales solicitados por el personal, informando la facilidad de conseguirlos debido a sus recursos.
- Enviará evidencias fotográficas (si así se requieren) y se comentará el trabajo realizado en casa con los profesionales que lleven el caso del menor de edad.
- Deberá participar activamente en las actividades extensivas como pláticas (una vez al mes) y orientaciones cuando estas sean convenientes, ya sea con el/a terapeuta y/o médico rehabilitador.
- Dirigirse con respeto a toda persona que se encuentre en la UBRIS (no groserías ni agresiones físicas).





• **Reglamento de atención TEA continuación**



- Notificar cualquier falta de respeto o agresión por parte del personal hacia el menor de edad y/o tutor.

4. Responsabilidad del personal

- Deberá presentar al terapeuta principal que llevará el caso y al equipo que colaborará en el proceso.





• Carta responsiva



DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN PARA NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO

AUTISTA (TEA) CARTA DE RESPONSABILIDAD

México, Tlaxcala de Bax a _____ de 2022.

Por medio de la presente, y dando atención a los criterios establecidos en el Aviso de Privacidad de la Unidad de Rehabilitación vigente en el portal del SMDIF Tlaxcala de Bax, en la siguiente dirección www.diftlaxcala.gob.mx, atendiendo lo establecido por el artículo 8 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios. El Padre, Madre o Tutor (RESPONSABLE) _____ manifiesta

bajo protesta de decir la verdad a los siguientes compromisos a fin de GARANTIZAR PLENA TUTELA DE LOS DERECHOS DEL MENOR DE EDAD QUE SE INTEGRA AL DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN PARA NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA).

PRIMERA: "EL RESPONSABLE" autoriza al Sistema Municipal DIF (SMDIF) de Tlaxcala de Bax a:

- Realización de primer filtro para detectar o descartar posible Trastorno del Espectro Autista (TEA).
- Uso debido de los datos personales.
- Resguardo del expediente personal.
- Uso debido del material audiovisual que se genere de las sesiones de valoración, evaluación e intervención, tanto médicos como psicológicos.
- Grabar sesiones, pláticas y talleres en caso de ser necesario.
- Realizar pruebas de valoración, diagnóstico, intervención y evaluación.
- Uso de imágenes, videos y grabaciones.
- Realización de las valoraciones médicas y seguimientos necesarios por parte del Médico Rehabilitador.
- Canalizar y/o referir al servicio correspondiente ya sea de tipo médico, nutricional, psicológico u otro que se necesite para el desarrollo del beneficiario.
- Realización de estudio socioeconómico, visita domiciliar y toda acción correspondiente al área de Trabajo Social.

SEGUNDA: Con el propósito de garantizar la SEGURIDAD de las niñas, niños y adolescentes, queda a la entera obligación de la persona designada como el "RESPONSABLE", la debida tutela y el cuidado del menor de edad beneficiario en todo momento, debiendo por orden expresa de esta Unidad



• Carta Responsiva continuación



información correspondiente al titular del Departamento de Diagnóstico y Atención para Niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) cuando asistan a las actividades, talleres y eventos.

DÉCIMA: "EL RESPONSABLE" autoriza el traslado del menor de edad en caso de emergencia médica y proporcionará al titular del Departamento de Diagnóstico y Atención para Niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), los datos de su Seguro Social, como son el Nombre del seguro, y Número de Seguridad Social (NSS), así como alergias del menor de edad.

DÉCIMA PRIMERA: La duración de la presente Carta de Responsabilidad comprenderá la vigencia del presente PROGRAMA y su duración estará sujeta a la vigencia de la presente administración de enero de 2022 a diciembre de 2024.

DÉCIMA SEGUNDA: En el caso del incumplimiento de cualquiera de las cláusulas de la presente Carta de Responsabilidad por parte del "EL RESPONSABLE", tendrá como consecuencia la rescisión inmediata y del pleno derecho de la Carta de Responsabilidad, suspendiéndose la realización de actividades en beneficio del menor de edad.

DÉCIMA TERCERA: EL "SMDIF", se deslinda de cualquier gasto derivado de actividades externas al Departamento de Diagnóstico y Atención para Niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA)

DÉCIMA CUARTA: EL "SMDIF", se compromete a brindar apoyo en servicios para el desarrollo integral de la Familia del Beneficiario.

DÉCIMA QUINTA: EL "SMDIF", se compromete a monitorear en todo momento el debido desempeño de los menores de edad beneficiarios durante el desarrollo de las actividades, debiendo avisar inmediatamente cualquier anomalía, emergencia y/o atención que requiera el menor.

Hecho y firmado en el municipio _____
Estado de México a _____ días del mes de _____ de _____

Institución de Salud con la que cuenta _____
NSS: _____
Alergias: _____



AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAXIAPA DE SALUD
2023-2024



• Carta Responsiva continuación



DIRECCIÓN DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN Y FORTALECIMIENTO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN PARA NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)



MENOR DE EDAD BENEFICIARIO

EL RESPONSABLE

Nombre de la Niña, Niño o Adolescente

Nombre y firma

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN PARA NIÑOS
CON
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Nombre y Firma





H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAXIAPANTLA DE SAL
2023 - 2024



• Carnet de citas



DIRECCION DE SALUD SUBDIRECCION
DE ATENCION Y FORTALECIMIENTO A
PERSONAS CON DISCAPACIDAD

DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO Y
ATENCION PARA NIÑOS CON
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA
(TEA)

AULA TEA



Nombre:

Tutor:

Expediente:

Fecha	Hora	Asistencia

Fecha	Hora	Asistencia

Fecha	Hora	Asistencia





• Formatos de asistencia



DIRECCIÓN DE SALUD
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN, EDUCACIÓN Y DESEMPEÑO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
DEPARTAMENTO DE MANEJO Y MONITOREO DE LA SALUD CON TRÁFICO DE VEHÍCULOS AUTOMOTORES
Formato de Asistencia



No.	Nombre	Edad	Atención TEA	Plática	Orientación	Fecha
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						
26						
27						
28						
29						
30						
TOTAL						

SELO DEL DEPARTAMENTO



• **Formato de detecciones**



"2022. Año del Quincucentenario de la Fundación del Poder Judicial del Estado de México"

Departamento de Diagnóstico y Atención a Niños con Trastorno del Espectro Autista

Formato de Detección (1º vez)							
Aula TEA			Fecha (Año/Mes):				
Número (s) de empleado:			Nombre (s):				
No.	Nombre de padre o tutor	Iniciales del infante	Sexo ()	Edad ()	Diagnóstico		Observaciones
					SI	NO	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAXCALA
2023- 2024



• **Formato de Pláticas**



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAXCALA
2023- 2024



"2023, Año del Quincentenario de la Fundación de Toluca de Lerdo, Capital del Estado de México"

Registro de pláticas del Departamento de Diagnóstico y Atención a niños con Trastorno del Espectro Autista

Fecha:		Aula TEA	
Tema:			
Lugar:			
Dirigido a:			
Impartido por:			

No.	Nombre	Sexo	Firma/ Teléfono
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			



• Formato de registro de orientaciones



"2022, Año del Quincucentenario de la Fundación de Toluca de Lerdo, Capital del Estado de México"

Registro de orientaciones del Departamento de Diagnóstico y Atención a niños con Trastorno del Espectro Autista

Fecha		Aula TEA	
No.	Nombre	Tipo de orientación	Teléfono
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			



• **Formato de Entrevista**



ENTREVISTA

I. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO _____ ESCOLARIDAD _____
TELÉFONO _____ DIRECCIÓN _____
NOMBRE Y PARENTESCO DEL INFORMANTE _____
EN CASO DE EMERGENCIA RECURRIR A _____
MOTIVO DE CONSULTA _____

ESFERA FAMILIAR

II. DATOS DEL PADRE

NOMBRE _____ EDAD _____ OCUPACIÓN _____
ESTADO CIVIL _____ ESCOLARIDAD _____
LUGAR Y HORARIO DE TRABAJO _____
ESTADO DE SALUD _____
¿QUE ACTIVIDAD REALIZA DURANTE SUS RATOS LIBRES? _____
¿EXISTE ALGUNA CARACTERÍSTICA DEL NIÑO (A) QUE NO LE AGRADE? ¿CUAL? _____

III. DATOS DE LA MADRE

NOMBRE _____ EDAD _____ OCUPACIÓN _____
ESTADO CIVIL _____ ESCOLARIDAD _____
LUGAR Y HORARIO DE TRABAJO _____
ESTADO DE SALUD _____
¿QUE ACTIVIDAD REALIZA DURANTE SUS RATOS LIBRES? _____
¿EXISTE ALGUNA CARACTERÍSTICA DEL NIÑO (A) QUE NO LE AGRADE? ¿CUAL? _____

IV. DATOS DE LOS HERMANOS Y PARIENTES

NOMBRE _____ EDAD _____ ESCOLARIDAD _____ EDO. CIVIL _____ OCUPACIÓN _____

¿EXISTEN OTRAS PERSONAS QUE COMPARTAN EL HOGAR FAMILIAR? _____
¿EXISTE EN FAMILIA ANTECEDENTES SIMILARES AL PROBLEMA DE SU HIJO? _____
¿EXISTE EN FAMILIA PERSONAS CON PROBLEMAS DE EPILEPSIA? _____
¿DIABETES? _____ ¿ALCOHOLISMO? _____ ¿DROGADICCIÓN? _____ ¿NEUROLÓGICOS? _____
¿FARMACODPENDIENTES? _____ OTRO? _____

V. DESARROLLO PRE-PERI Y POSTNATAL DEL NIÑO

¿EL EMBARAZO FUE DESEADO? PADRE () SI () NO MADRE () SI () NO ¿POR QUÉ? _____
NÚMERO DE EMBARAZO CORRESPONDIENTE AL NIÑO ATENDIDO _____
CARACTERÍSTICA DE LOS EMBARAZOS ANTERIORES Y/O POSTERIORES A ESTE _____



• Formato de Entrevista continuación



SE CHUPA EL DEDO _____ HACE GESTOS O MUECAS _____ SE BALANCEA _____
SE MUERDE O CHUPA LAS MANOS Y/O LOS BRAZOS _____ SE GOLPEA LA CABEZA _____
LE GUSTA OLER OBJETOS _____ FIJA LA VISTA EN LA LUZ _____ TIENE ADEMANES _____
MUEVE LOS DEDOS FRENTE A LOS OJOS _____ GIRA SOBRE SI MISMO _____

AREA EMOCIONAL:

¿COMO EXPRESA EL NIÑO SUS SENTIMIENTOS? _____
ES CARIFOSO _____ ALEGRE _____ TIMIDO _____ TRISTE _____
¿LE TIENE A ALGO? _____ ¿QUE LO HACE ENOJAR? _____
¿COMO EXPRESA SU ENOJO? _____ ¿HACE BERRINCHES? _____
¿COMO REACCIONA LISTED? _____ ¿ES UN NIÑO DIFICIL DE CONTROLAR? _____

AUTOCUIDADO:

¿EXISTE CONTROL DE ESFINTERES? SI () NO () ¿A QUE EDAD LOS CONTROLO? _____
¿COMO FUE EL ENTRENAMIENTO? _____
¿QUE ACTIVIDADES REALIZA SOLO? _____
BAÑARSE SI () NO () DORMIR SI () NO () LAVARSE MANOS Y DIENTES SI () NO ()
PEINARSE SI () NO () COMER SI () NO () VESTIRSE SI () NO ()
¿A QUE HORA SUELE ACOSTARSE Y CON QUIEN? _____
¿A QUE HORA SE LEVANTA? _____ ¿SE LE PERMITE ANDAR SOLO POR LA CALLE? _____

INTERACCION SOCIAL:

¿QUE ACTIVIDADES RECREATIVAS REALIZA? _____
¿QUE ACTIVIDADES REALIZA LOS FINES DE SEMANA? _____
¿CON QUIEN JUEGA EL NIÑO? SOLO () CON EL PADRE () CON LA MADRE () HERMANO ()
AMIGOS () EDADES _____
¿A QUE, CON QUE Y DONDE JUEGA EL NIÑO? _____
¿EL NIÑO VE TV? SI () NO () TIEMPO APROX. _____
¿ESCUCHA RADIO? SI () NO () TIEMPO APROX. _____
¿PRACTICA ALGUN DEPORTE? SI () NO () ¿CUAL? _____

VII. ATENCION Y CUIDADO DEL NIÑO.

ATENCION POR PARTE DE OTRAS PERSONAS SI () NO () ¿QUIEN EST _____
¿QUE HACE (N) ESTA (S) PERSONA (S) Y POR CUANTO TIEMPO LO CUIDAN? _____
¿QUE COMENTARIOS HACE (N) ESTA (S) PERSONA (S) A CERCA DEL NIÑO? _____
¿QUE ACTITUD TIENE EL NIÑO HACIA ESTA (S) PERSONA (S) _____
¿EJERCE AUTORIDAD ESTA PERSONA SOBRE EL NIÑO? _____
¿QUE ACTITUD TOMAN COMO PADRES RESPECTO A QUE CUIDEN A SU HIJO? _____
¿QUE COMENTARIOS CON RELACION AL NIÑO HA ESCUCHADO? _____

IX. DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

LOS PADRES VIVEN JUNTOS () SEPARADOS () TIEMPO DE SEPARACION _____
CAUSAS _____
¿COMO ES LA RELACION DE LA PAREJA ACTUALMENTE? _____
¿COMO ES LA RELACION ENTRE PADRE E HIJO? _____
¿COMO ES LA RELACION ENTRE MADRE E HIJO? _____



• Formato de Entrevista continuación



- ¿COMO ES LA RELACION DEL NIÑO CON SUS HERMANO (AS)? _____
- ¿COMO ES LA SITUACION FAMILIAR ACTUALMENTE? _____
- ¿COMO ES EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN OTROS AMBIENTES (VISITAS FAMILIARES, ESCUELA, VECINOS, ETC.)? _____
- ¿COMO SE HA MANEJADO LA PROBLEMATICA DEL NIÑO? _____
- ¿COMO ES EL MANEJO DE LA AUTORIDAD EN EL HOGAR? _____
- ¿ESTAN EL PADRE Y LA MADRE DE ACUERDO EN LA FORMA DE EDUCAR A SU HUO? _____
- ¿INFLUYEN OTRAS PERSONAS EN LA EDUCACION, QUIEN Y COMO? _____
- ¿SE CUMPLEN PROMESAS Y ADVERTENCIAS? _____
- ¿QUE TIPO DE PREMIOS UTILIZAN CON EL NIÑO? _____
- ¿QUE TIPO DE CASTIGOS UTILIZAN CON EL NIÑO? _____
- ¿QUE RESULTADOS HAN OBTENIDO EN RELACION A ESTO? _____
- ¿HAY ALGUN PROBLEMA EN ESPECIAL QUE QUIERA SEÑALAR SOBRE EL NIÑO RELACIONADO CON LA VIDA FAMILIAR? _____
- ¿SE HAN MUERTO O ALEJADO PERSONAS IMPORTANTES PARA EL NIÑO, QUE RELACION TENAN? _____

¿COMO FUE LA REACCION DEL NIÑO? _____

X. ESCOLARIDAD

- ¿ASISTE EL NIÑO A LA GUARDERIA? SI () NO () TIEMPO _____
- ¿ASISTE AL JARDIN DE NIÑOS? SI () NO () TIEMPO _____
- ¿CURSO LA PRIMARIA? SI () NO () HASTA QUE GRADO _____
- ¿ASISTE A ALGUNA OTRA INSTITUCION? _____
- ¿HA REPETIDO ALGUN GRADO ESCOLAR? _____
- ¿HA RECIBIDO CLASES PARTICULARES? _____
- ¿QUE DIFICULTADES TIENE ACTUALMENTE EN LA ESCUELA? _____
- ¿SABE LEER? _____ ESCRIBIR _____ TOMA ADECUADAMENTE DICTADO _____
- ¿CONOCE LOS NUMEROS? _____ ¿RESUELVE OPERACIONES ARITMETICAS? _____
- ¿COMO SE COMPORTA CON SUS COMPAÑEROS Y MAESTROS DENTRO DE LA ESCUELA? _____
- ¿POR QUE MOTIVOS SUELE FALTAR A LA ESCUELA? _____
- ¿QUIEN SUPERVISA SUS TAREAS? _____
- ¿COMO ES LA ACTITUD DE QUIEN LO HACE? _____

XI. ESTADO DE SALUD

- ¿CUANDO SE REALIZO AL NIÑO EL ULTIMO EXAMEN MEDICO Y CUAL FUE EL RESULTADO? _____
- ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD FRECUENTE? SI () NO () ¿CUAL? _____
- ¿CON QUE FRECUENCIA? _____ ¿QUE ENFERMEDADES HA PADECIDO? _____
- ¿SE LE HA HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ? _____
- ¿ACTUALMENTE TOMA ALGUN MEDICAMENTO? _____

ENTREVISTO _____ FECHA _____
HORARIO ASIGNADO PARA LA TERAPIA _____



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Lic. Diego Arturo Vega Coellar	Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	Lic. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Diagnóstico y Atención a Niños con TEA	Resguardataria de la Subdirección Atención y Fortalecimiento a Personas con Discapacidad	Titular de la Dirección General



ii. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	GESTIÓN DE APOYOS FUNCIONALES
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/SAyFPD/DRPD/001

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS





> OBJETIVO

Mejorar la calidad de vida, favorecer la igualdad de oportunidades, así como la inclusión social de las personas con discapacidad residentes de Tlalnepantla de Baz, mediante el trámite ante DIF del Estado de México, para el otorgamiento de ayudas externas como prótesis, órtesis, auxiliares auditivos, muletas y material de osteosíntesis como prótesis de cadera, prótesis de rodilla, etc.

> ALCANCE

Aplica a la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a Personas con Discapacidad a través del Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad, así como a la población que solicite el servicio.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley General de las Personas con Discapacidad.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
- Ley de Asistencia Social.
- Ley para la Inclusión de las personas en situación de Discapacidad del Estado de México.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de carácter Municipal, denominados "Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, Tlalnepantla de Baz, México.
- Lineamientos de Operación del Comité de Validación de Ayudas Funcionales
- Reglas de Operación del Programa de Otorgamiento de Ayudas Funcionales a Personas con Discapacidad.

> RESPONSABILIDADES

Comité de Validación de Ayudas Funcionales, deberá:

Revisar las solicitudes de gestión del SMDIF y determinar si se otorga o no el apoyo funcional al peticionario.

Titular de la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a Personas con Discapacidad, deberá:

Supervisar el funcionamiento y servicios de las UBRIS y supervisar el correcto funcionamiento de los programas y acciones que en el ámbito de sus facultades se encuentren a su cargo.





Titular de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad, deberá:

Coordinar, administrar y supervisar los recursos humanos, materiales, económicos y de equipamiento de las instalaciones de las UBRIS; y controlar, ejecutar y supervisar el óptimo funcionamiento del "Programa de Ayudas Funcionales para Personas con Discapacidad", con apego a la normatividad vigente.

Gestionar ante DIFEM el otorgamiento de los apoyos funcionales; asimismo vigilar y supervisar que se realicen correctamente las acciones encaminadas a atender las necesidades de las personas con discapacidad a través del programa de Ayudas Funcionales para Personas con Discapacidad.

Determinar si las solicitudes del usuario(a) son aceptadas en el área de atención; concentrar la información mensual de las unidades; así como dar el visto bueno del informe mensual a DIFEM.

Responsable del Programa de Ayudas Funcionales para Personas con Discapacidad, deberá:

Orientar a las personas con discapacidad y/o familiares sobre el trámite y requisitos para ayudas funcionales, a personas con discapacidad; y referir a las UBRIS a las personas con discapacidad, para obtener la prescripción de la ayuda solicitada.

Integrar expedientes de ayudas funcionales para personas con Discapacidad y dar seguimiento a los mismos.

Acudir a capacitaciones mensuales a DIFEM, para dar seguimiento de los apoyos solicitados; así como concentrar información mensual, respecto a las Ayudas funcionales para Personas con Discapacidad.

Médico Especialista en Rehabilitación, deberá:

Otorgar resumen médico con:

- ✓ Prescripción.
- ✓ Datos generales del paciente.
- ✓ Diagnóstico.
- ✓ Apoyo requerido.
- ✓ Nombre completo del médico.
- ✓ Cédula profesional.
- ✓ Firma y sello de la institución que prescribe (original). (Para el caso de los auxiliares auditivos además curva audio métrico).

Canalizar al usuario(a) a terapia de rehabilitación, en caso de que se requiera; así como dar seguimiento al usuario(a) que haya sido beneficiado con prótesis de miembro inferior y/o superior, hasta la entrega final del apoyo con terminación y acabado.



Cajero(a), deberá:

Realizar el cobro correspondiente al servicio en conformidad al catálogo de cuotas de servicios brindados del Sistema Municipal DIF, Tlaxcala de Baz.

Usuario(a)/Peticionario, deberán:

Solicitar la información sobre el otorgamiento de ayudas funcionales para Personas con Discapacidad; solicitar por escrito el apoyo de ayuda funcional para personas con Discapacidad; pagar en caja su valoración y/o terapia psicológica; así como recibir la ayuda funcional por parte del DIFEM y DIF Municipal.

➤ **GLOSARIO**

- **Ayuda Funcional:** Es el apoyo que facilita, mejora o sustituye las funciones perdidas de forma temporal o permanente, sea discapacidad de tipo motora, auditiva, visual, neurológica, de habla o mixta.
- **Beneficiario:** Persona con discapacidad que requiere de un apoyo funcional, no cuente con seguridad social, que pueda brindar el apoyo y que se encuentre en vulnerabilidad social.
- **Catálogo de ayuda:** Relación de los bienes funcionales, que son susceptibles de donación a las personas físicas de escasos recursos y sin cobertura de seguridad social.
- **Co-beneficiario:** Es el padre, madre, tutor o persona más cercana a la persona con discapacidad que, en los casos de menores, personas de custodia o que por las mismas limitaciones el beneficiario no pueda hacer el trámite por sí mismo, podrá representarlo para hacer los trámites, donde no sea necesaria la presencia del beneficiario.
- **Comité de Validación de Ayudas Funcionales:** Es un grupo multidisciplinario que, valora, califica y determina la procedencia o no de la ayuda funcional requerida por el solicitante.
- **Discapacidad:** Limitación que presentan algunas personas al momento de llevar a cabo determinadas actividades y que puede estar provocada por una deficiencia física o psíquica.
- **Estudio socioeconómico:** Documento que proporciona información completa de un paciente, en el que se registran sus datos generales como son: nombre, dirección, edad etc., situación de ingresos, egresos, vivienda, salud y en el cual la trabajadora social aporta sus comentarios con base en la entrevista, para saber si los solicitantes son de escasos recursos económicos y no pueden adquirir los artículos que solicitan a este órgano descentralizado, y son candidatos a apoyo.
- **Prótesis:** Reemplazo de una parte del cuerpo por un objeto artificial o por uno similar.
- **Órtesis:** Elementos que corrigen o facilitan la ejecución de una acción, actividad o desplazamiento, de una parte, anatómica dañada procurando ahorro de energía y mayor seguridad.





➤ ACRÓNIMOS

- **DIFEM:** Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- **DRPD** Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad.
- **ESE:** Estudio Socioeconómico.
- **FUR:** Formato Único de Registro.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.
- **NOM** Norma Oficial Mexicana.
- **UBRIS** Unidad Básica de Rehabilitación e Integración Social.

➤ INSUMOS

- Material de Papelería.
- Equipo de oficina.
- Transporte para traslado de beneficiarios a DIFEM.
- Formatos correspondientes al procedimiento.
- Apoyos Funcionales.

➤ RESULTADOS

Integración de expediente a DIFEM para que el peticionario sea candidato a una donación de un apoyo funcional (silla de ruedas, andadera, órtesis, prótesis, bastón para discapacidad visual, auxiliares auditivos, etc.).

➤ POLÍTICAS

- El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a 14:00 horas en la UBRIS Tenayo.
- El responsable del Programa de Ayudas Funcionales para Personas con Discapacidad, otorgará información sobre los requisitos para obtener el apoyo requerido.
- Los apoyos se darán exclusivamente a personas con discapacidad que vivan en condición de vulnerabilidad y que habiten en el municipio de Tlalnepantla de Baz.
- La edad máxima para acceder a apoyos funcionales consistente en auxiliares auditivos, sillas de ruedas, bastones y andaderas es de 59 años.
- Los peticionarios deberán presentar una solicitud por escrito, dirigida a la Presidencia del Sistema Municipal DIF, cual debe contener las siguientes características:
 - ✓ Carta petición dirigida a la Presidenta del Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz, mencionado el apoyo requerido.
 - ✓ Datos del solicitante.
 - ✓ Domicilio.
 - ✓ Teléfonos para contactar.
- En la solicitud dirigida a la Presidencia del Sistema Municipal DIF, se deberá adjuntar la siguiente documentación en dos tantos en original:
 - ✓ Fotografía del beneficiario reciente de cuerpo completo, tamaño postal.



- ✓ Copia de la credencial de elector (en caso de ser menor de edad del familiar más cercano que fungirá como co-beneficiario) y/o copia de constancia domiciliaria.
- ✓ CURP del beneficiario y co-beneficiario.
- ✓ Acta de nacimiento en caso de las y los menores de edad.
- Para dar atención a la solicitud del usuario(a), éste deberá acudir a la cita de valoración en el horario que se le indique, a efecto de que se genere por el Médico Rehabilitador de la UBRIS el resumen médico y prescripción del apoyo funcional.
- El petitionerario deberá cubrir el pago por la valoración médica y psicológica, así como el tratamiento terapéutico rehabilitador y/o Psicológico si estos últimos fueran necesarios.
- Las ayudas funcionales se podrán brindar por segunda ocasión siempre y cuando hayan transcurrido como mínimo cinco años de la ayuda funcional proporcionada, en los casos que así lo ameriten y con previa valoración del Comité de Validación de Ayudas Funcionales de DIFEM.
- La entrega de ayudas funcionales dependerá de los recursos con que cuenta la Dirección de Atención a la Discapacidad de DIFEM.



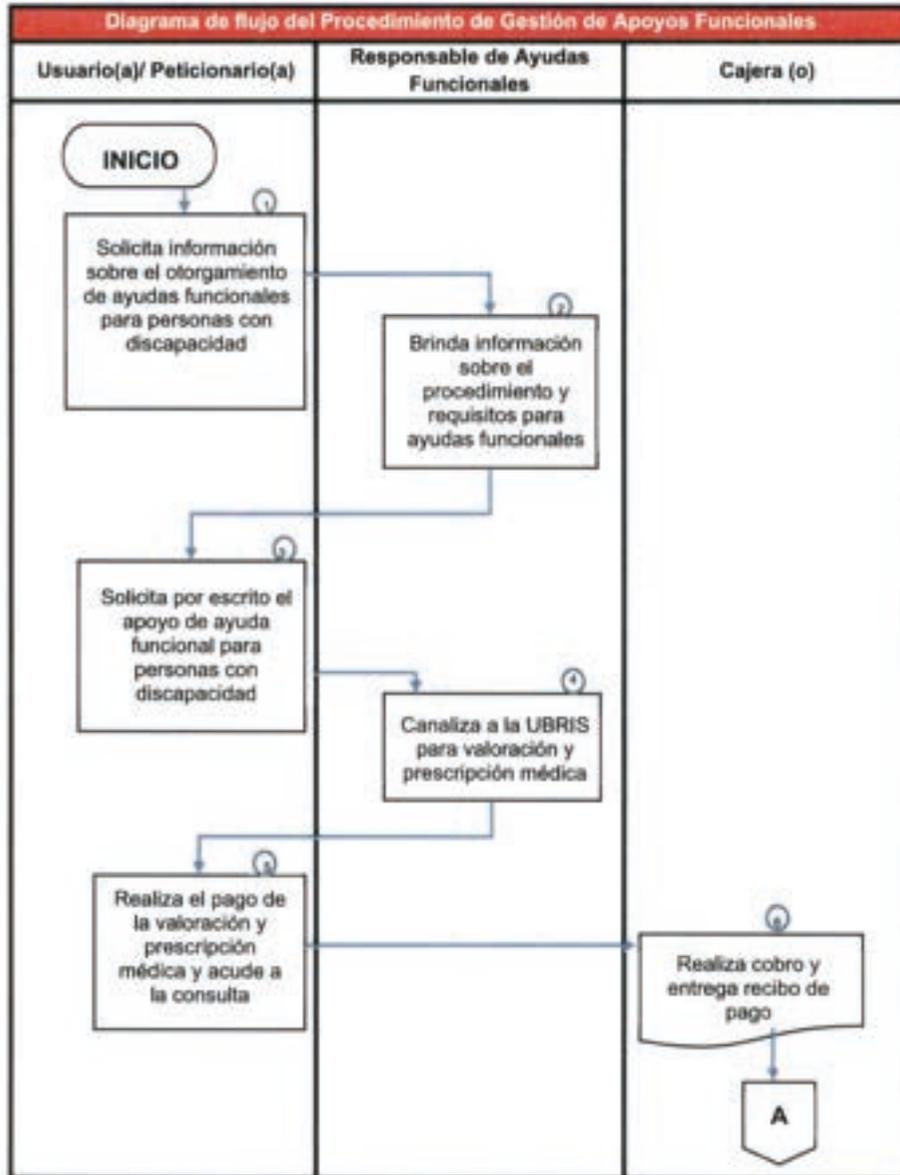


➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

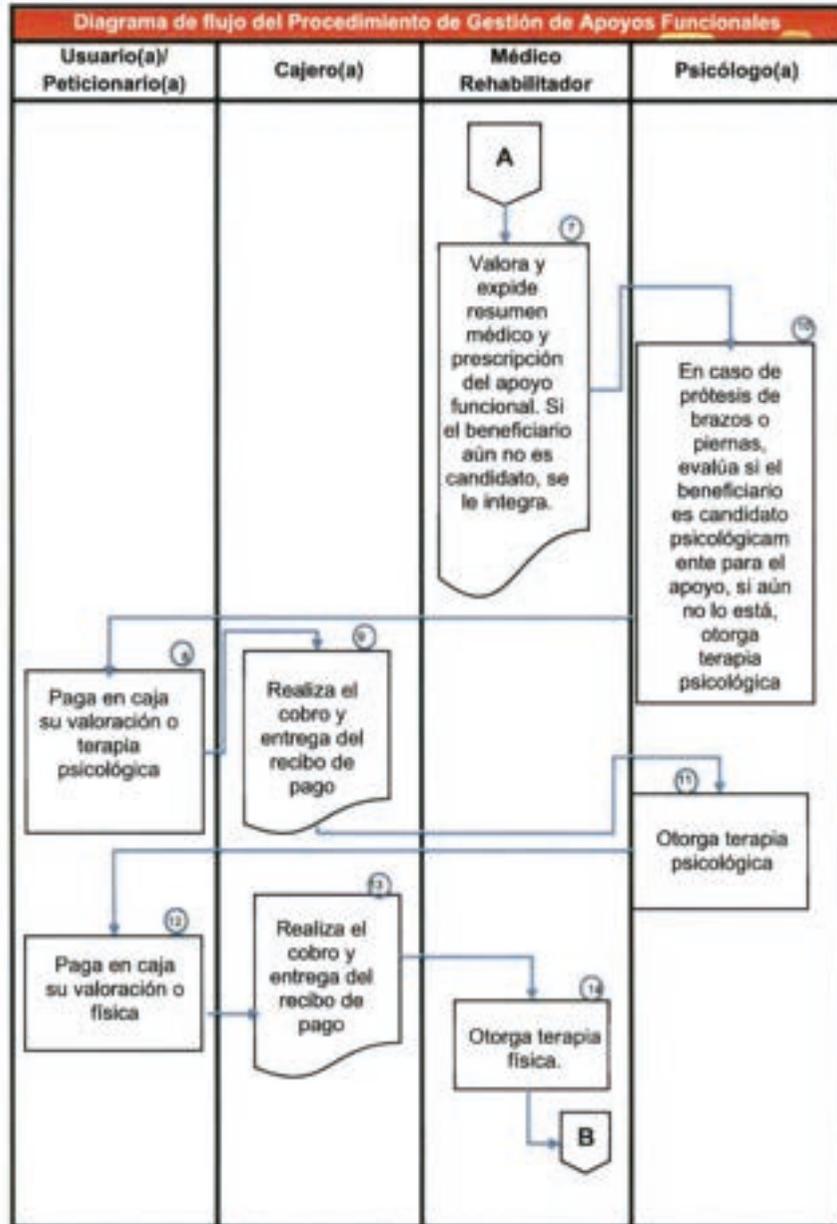
Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario(a)/Peticionario	1	Solicita información sobre el otorgamiento de ayudas funcionales para Personas con Discapacidad.
Responsable de Ayudas funcionales	2	Brinda información sobre el procedimiento y requisitos para ayudas funcionales.
Usuario(a)/Peticionario	3	Solicita por escrito el apoyo de ayuda funcional para personas con Discapacidad
Responsable de Ayudas funcionales	4	Canaliza a la UBRIS para valoración y prescripción médica.
Usuario(a)/Peticionario	5	Realiza el pago de la valoración y prescripción médica y acude a la consulta.
Cajero(a)	6	Realiza el cobro y entrega recibo de pago.
Médico Rehabilitador	7	Valora y expide resumen médico y prescripción del apoyo funcional. Si el beneficiario aun no es candidato, se integra a tratamiento de rehabilitación.
Usuario(a)/Peticionario	8	Paga en caja su valoración y/o terapia psicológica.
Cajero(a)	9	Realiza cobro y entrega recibo de pago.
Psicólogo(a)	10	En caso de Prótesis de alguna extremidad, se evalúa si el beneficiario es candidato psicológicamente para el apoyo, si aún no lo está, se otorga terapia
Psicólogo(a)	11	Otorga terapia psicológica
Usuario(a) / Peticionario	12	Paga en caja su valoración física
Cajero(a)	13	Realiza cobro y entrega recibo de pago.
Terapeuta Físico	14	Otorga terapia física
Médico Rehabilitador	15	Valora al paciente tras tratamiento de Rehabilitación y Psicología para saber si ya es candidato a la ayuda funcional.
Responsable de Ayudas funcionales	16	Realiza estudio socio-económico, llena formato Único de Registro e integra el expediente.
Titular de la Jefatura del Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad	17	Realiza oficio solicitando el Apoyo Funcional al DIFEM a través de la Presidencia del Sistema Municipal DIF Tlalnepantla.
Responsable de Ayudas funcionales	18	Entrega expediente en el DIFEM, el cual se somete a un comité de aprobación del apoyo.
Responsable de Ayudas funcionales	19	Una vez aprobado el apoyo funcional, programa las citas en DIFEM con el beneficiario para tomar medidas para prótesis, órtesis.
Usuario(a)/Peticionario	20	Recibe la ayuda funcional por parte del DIFEM y DIF Municipal.
FIN		

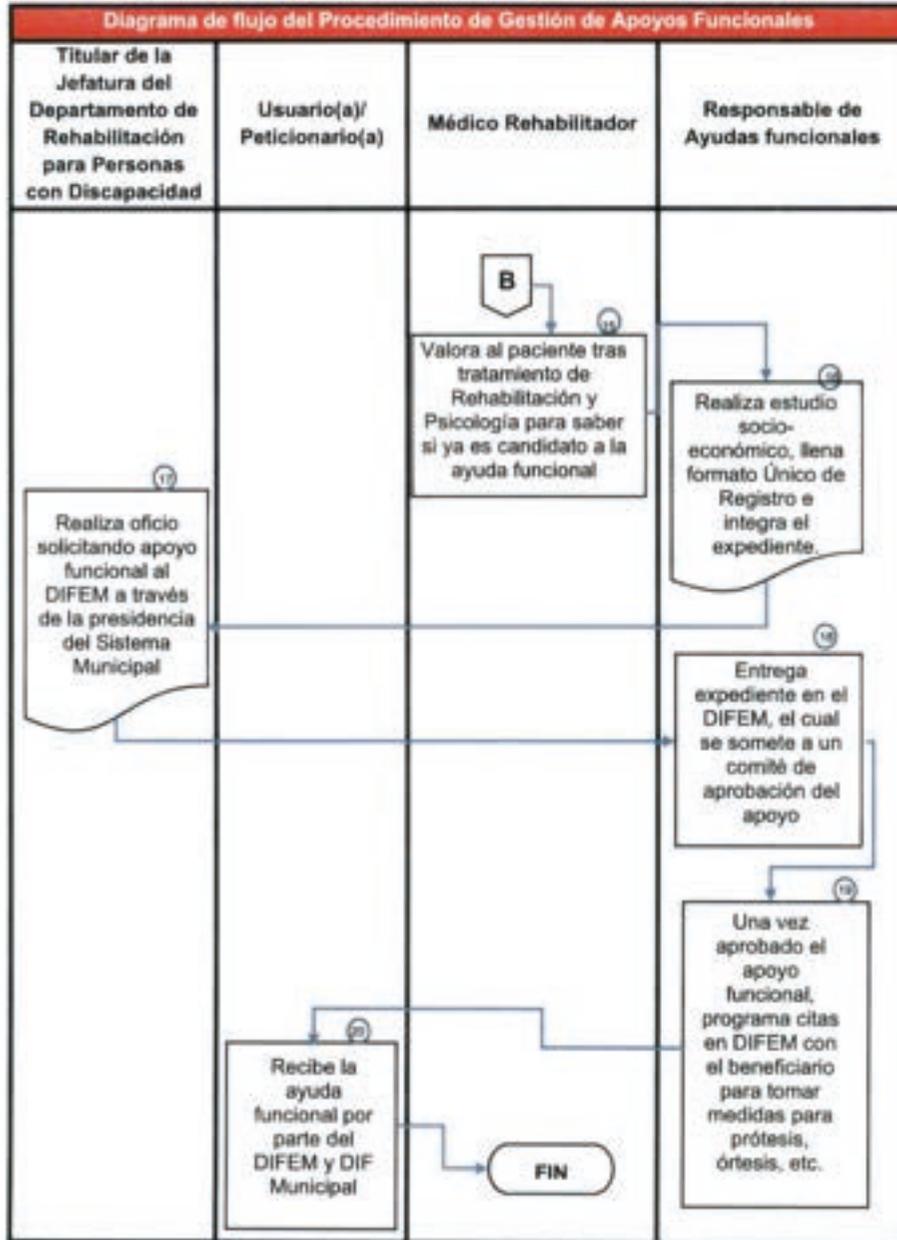


> **DIAGRAMA DE FLUJO**



50







> **FORMATOS**

• **Registro de personas beneficiarias**

Botón para el desarrollo integrado de la Plataforma del Estado de México
Sistema de Registro y de Participación
Instituto de Regulación y Planeación con Responsabilidad
Programa de Ingresos Familiares, acceso autorizado solo personal con autorización

Registro Único de Personas Beneficiarias REGISTRAR

-- Tipo de Beneficiario: C O -- Fecha de nacimiento:

-- Fecha de actualización:

DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA

-- Primer Apellido (Paterno): _____

-- Segundo Apellido (Materno): _____

-- Nombre (s): _____

-- Fecha de nacimiento: -- Sexo: Hombre Mujer

-- Nacionalidad: _____ -- Entidad Federativa de nacimiento: _____

-- Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Anulado (a) Libre Separado Convulsado

-- Grado de Estudios: Primaria Primaria Secundaria Preparatoria Técnico Licenciado Ninguno

-- Clave Única de Registro de Población (CURP):

-- Tipo de identificación Oficial: INE INE Pasaporte Acta de Nacimiento Carta Militar

Otra Cui: _____ -- Identificación de documento oficial:

-- Calle: _____ -- Sistema Edu: _____ -- Número de: _____

-- Entre qué calles: _____ -- Código Postal:

-- Otra referencia del domicilio (calle de): _____

-- Localidad: _____

-- Colonia: _____

-- Municipio: _____ -- Entidad Federativa (Estado): _____

-- Teléfono fijo con código área: _____ -- Teléfono celular: _____

-- Correo electrónico: _____ -- Referencia: _____

DATOS DE LA PERSONA COBENEFICIARIA (MADRE, PADRE, TUTORA O TUTOR)

-- Primer Apellido (Paterno): _____

-- Segundo Apellido (Materno): _____

-- Nombre (s): _____

-- Fecha de nacimiento: -- Sexo: Hombre Mujer

-- Nacionalidad: _____ -- Entidad Federativa de nacimiento: _____

-- Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Anulado (a) Libre Separado Convulsado

-- Grado de Estudios: Primaria Primaria Secundaria Preparatoria Técnico Licenciado Ninguno



• Registro de personas beneficiarias continuación

No. consecutivo

--- Clave Única de Registro de Población (CURP)

--- Tipo de identificación Oficial: INE INSS Pasaporte Acta de Nacimiento Cédula Militar

Otro Cui Identificador de documento oficial

--- Calle --- Número Ext. --- Número Int.

--- Entre qué calles --- Código Postal

--- Clave referencial del domicilio rural de

--- Localidad

--- Colonia

--- Municipio --- Entidad Federativa (Estado)

--- Teléfono fijo con código local --- Teléfono celular

--- Correo electrónico

OBSERVACIONES

--- Precedente --- Otros --- Ayuda Funcional --- Ayuda Especial

Los datos personales recabados en este cuestionario, cuestionario y registro en el caso de datos sensibles pertenecen al Programa "Familias Unidas" que forma parte del subprograma de "Atención Social" del Sistema de Protección Social de Bienestar Familiar de Tlaxcala, así como el desarrollo de otros subprogramas de los servicios del sistema. El objetivo principal de este programa es el desarrollo de la cultura de la familia y el fortalecimiento del tejido social de la población, así como el desarrollo de los recursos del sistema. El objetivo principal de este programa es el desarrollo de la cultura de la familia y el fortalecimiento del tejido social de la población, así como el desarrollo de los recursos del sistema. El objetivo principal de este programa es el desarrollo de la cultura de la familia y el fortalecimiento del tejido social de la población, así como el desarrollo de los recursos del sistema.

--- Nombre y firma de la persona beneficiaria

--- Nombre y firma de la persona responsable del servicio

01201810400000000000



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para las Personas con Discapacidad	Resguardataria de la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a Personas con Discapacidad	Titular de la Dirección General





UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	EXPEDICIÓN DE CREDENCIAL NACIONAL DE DISCAPACIDAD
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/SAyFPD/DRPD/002

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS





> OBJETIVO

Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad permanente que habiten en el Estado de México a través de la emisión y entrega de la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad, la cual sirva como identificación con validez a nivel Nacional. Así como para la reducción en pago en bienes y servicios de agua y predial, descuentos en transporte foráneo, servicios médicos y de laboratorio en el Sistema Municipal DIF Tlalnepantla; y para lugares preferenciales en actividades culturales y recreativas.

> ALCANCE

- **A nivel Interno:** El siguiente procedimiento aplica a los/las servidores/as públicos de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad, al personal médico y paramédico de las UBRIS.
- **A nivel Externo:** A la población que solicite el servicio del Municipio de Tlalnepantla de Baz; y Municipios aledaños que no cuenten con módulo de Credencial Nacional de Discapacidad.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
- Ley General de Salud.
- Ley de Asistencia Social.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano del Estado de México.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- Ley que crea los Organismos Públicos descentralizados de Asistencia Social, de carácter Municipal, denominados "Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, Tlalnepantla de Baz, México.
- Lineamientos de operación del programa de Credencial Nacional para Personas con Discapacidad.

> RESPONSABILIDADES

Titular de la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a Personas con Discapacidad, deberá:

Supervisar el funcionamiento y servicios del Módulo de Credencial Nacional para personas con Discapacidad.

Titular de la Jefatura del Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad, deberá:

Coordinar, administrar y supervisar los recursos humanos, materiales; económicos; así como las acciones dirigidas al trámite del módulo de Credencial Nacional para Personas





con Discapacidad; y controlar, ejecutar y supervisar el correcto funcionamiento del módulo de Credencial Nacional para Personas con Discapacidad, esto para que cuente con el material necesario para el desempeño de sus funciones.

Designar al responsable del Módulo de Credencial Nacional de Discapacidad; y entregar a DIFEM la información mensual de las credenciales emitidas.

Responsable del Módulo de Credencial Nacional para Personas con Discapacidad, deberá:

Realizar acciones de difusión y promoción del módulo de Credencial Nacional para Personas con Discapacidad; brindar información adecuada y oportuna al usuario(a) que soliciten la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad y llevar el control de las Credenciales emitidas.

Ser responsables del uso y cuidado adecuado del equipo y material que requiere para desempeñar sus labores; asimismo cuidar que los datos e información del usuario(a) recabada durante el procedimiento sea manejada con confidencialidad, protegiendo los datos personales del usuario(a) y tener responsabilidad en el manejo de la información en la a la plataforma Nacional.

Concentrar información mensual y enviar a las Unidades de Rehabilitación para Personas con Discapacidad en tiempo y forma.

Trabajo social de RBC, de las UBRIS y Auxiliar Administrativo, deberá:

Brindar información adecuada sobre los requisitos y trámite para la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad y promover el módulo de Credencial Nacional para Personas con Discapacidad.

Médico Especialista en Rehabilitación, deberá:

Expedir Certificado Médico de Discapacidad en caso de que el usuario(a) no cuente con el documento para su trámite de credencial.

➤ **GLOSARIO**

- **Certificado de Discapacidad:** Documento oficial expedido por médico especialista en rehabilitación que acredita la limitación permanente y que contiene datos generales del usuario(a), tipo de limitación, etiología y diagnóstico final con clave.
- **Discapacidad:** Es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción



entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

> ACRÓNIMOS

- **CRENAPEP:** Credencial Nacional para Personas con Discapacidad.
- **DIFEM:** Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- **IFE:** Instituto Federal Electoral.
- **INE:** Instituto Nacional Electoral.
- **RBC:** Programa de Rehabilitación Basada en la Comunidad
- **UBRIS:** Unidad Básica de Rehabilitación e Integración Social.
- **URPD** Unidad de Rehabilitación para Personas con Discapacidad.

> INSUMOS

- Computadora.
- Cinta laminadora.
- Software correspondiente.
- Material de papelería.
- Material de oficina.
- Digitalizador de huella dactilar.
- Cámara fotográfica.
- Plásticos para las credenciales.
- Laminadora.
- Impresora y escáner.

> RESULTADOS

Se hace entrega al usuario(a) una Credencial Nacional de Discapacidad, que lo acredite como persona con discapacidad.

> POLÍTICAS

- Se atenderá a cualquier persona con discapacidad permanente que habite en el Estado de México, dando preferencia a la población de Tlalnepantla de Baz.
- El Horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a 14:00 horas.
- El usuario(a) que solicite la credencial Nacional para Personas con Discapacidad, deberán cubrir los siguientes requisitos:
 - ✓ Presentar original del certificado médico de discapacidad permanente expedido por un Centro o Unidad de Rehabilitación de los Sistemas Municipales DIF, por un médico especialista en rehabilitación, con nombre, firma y cédula.
 - ✓ Presentar original de Acta de Nacimiento.
 - ✓ Presentar original de IFE o INE.
 - ✓ Presentar original de CURP.





- ✓ Presentar original de Comprobante de domicilio que tendrá que coincidir con el INE o IFE.
- No se podrá expedir credencial, si falta alguno de los requisitos arriba mencionados.
- La expedición de la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad no tiene costo alguno.
- El usuario(a) deberá cubrir el costo del certificado de Discapacidad Permanente, de acuerdo al "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF", vigente.
- La reposición de las credenciales no tiene costo alguno, pero deberá cubrir los mismos requisitos como de primera vez.
- La reposición será necesario contar con un acta por robo o extravió ante el ministerio público y cubrir los requisitos de primera vez.
- Dependiendo de la disponibilidad, se podrá agendar cita para realizar los dos tramites el mismo día, siempre y cuando cumpla con todos los requisitos primero para el certificado de discapacidad y después para la credencial nacional.
- El responsable del módulo solo conservará o recogerá el certificado de discapacidad y el formato de acuse de entrega de la credencial, devolviendo al usuario(a) el resto de sus documentos originales.
- El responsable del Módulo de CRENAPEP, no podrá solicitar copias de ningún documento del usuario(a), solo recogerá el original del certificado médico, en cuyo reverso el usuario(a) firmará de recibido.
- El responsable del módulo de CRENAPEP, deberá eliminar de la computadora el expediente de cada usuario(a) al finalizar la expedición de la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad, para la protección de datos.
- El usuario(a) deberá respetar la normatividad establecida en relación al cuidado de la salud y protección de enfermedades respiratorias u otra de cualquier tipo como la COVID-19
- El usuario(a) deberá hacer valer el reglamento vigente para que se pueda brindar la atención



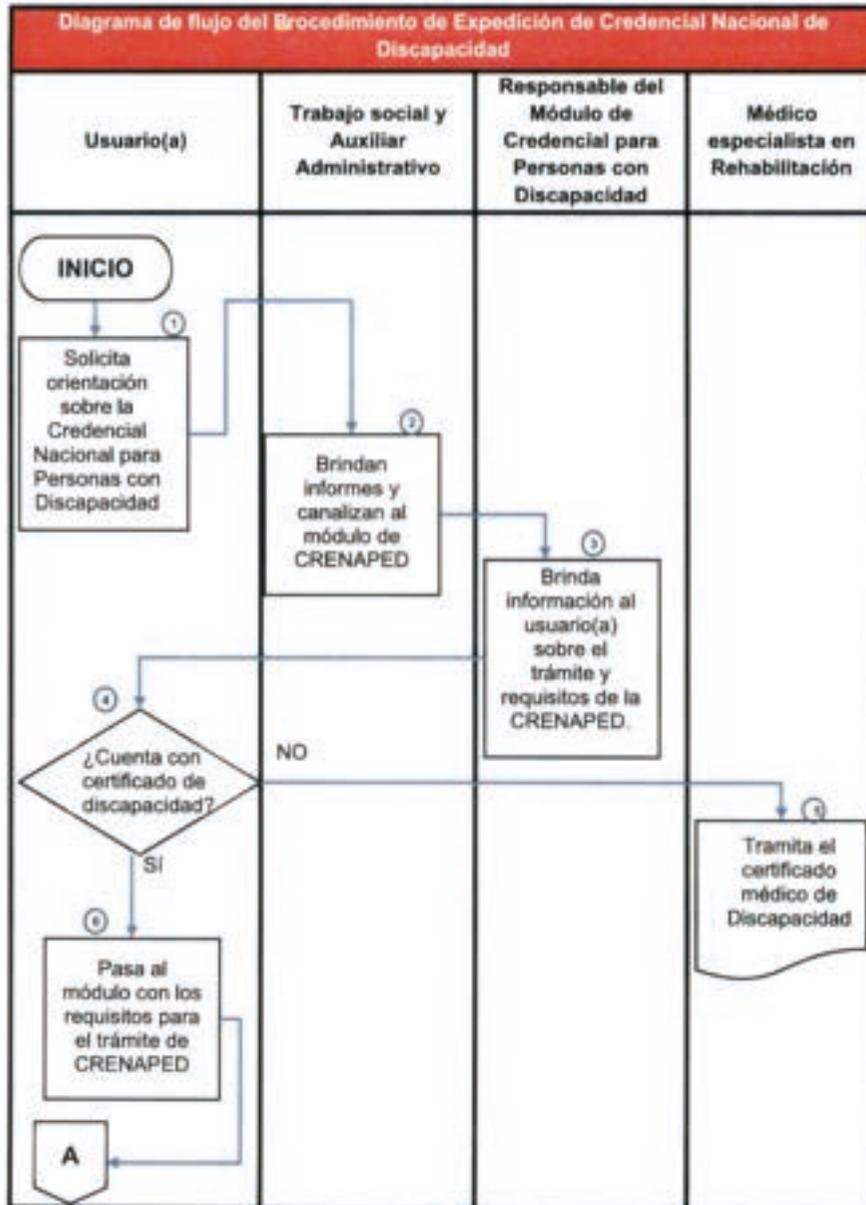


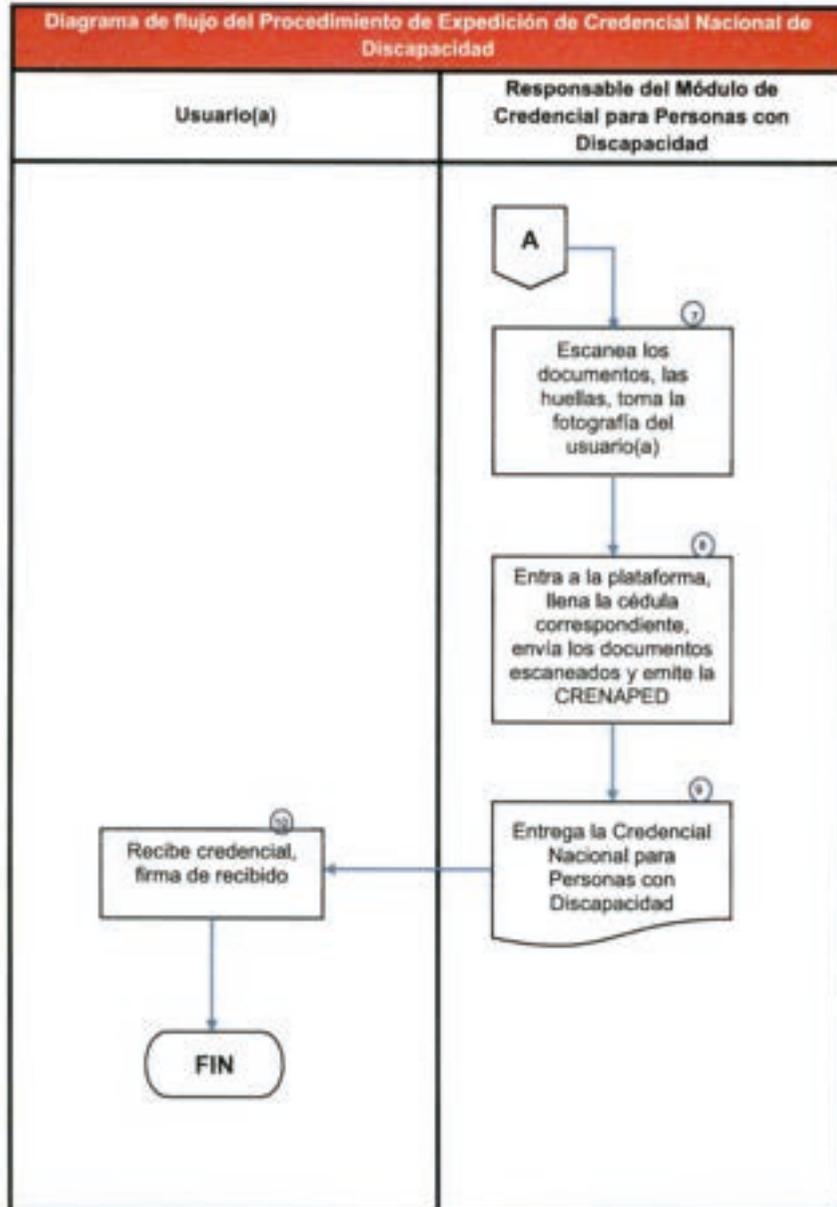
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario(a)	1	Solicita orientación sobre la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad.
Trabajo social y Auxillar Administrativo	2	Brinda informes y canalizan al módulo de CRENAPEd.
Responsable del Módulo de Credencial Nacional de Discapacidad	3	Brinda información al usuario(a) sobre el trámite y requisitos de la CRENAPEd.
Usuario(a)	4	Acude con los documentos requeridos para el trámite de la CRENAPEd.
Médico Rehabilitador	5	Tramita el certificado médico de Discapacidad.
Usuario(a)	6	Pasa al módulo con los requisitos para el trámite de credencial.
Responsable del Módulo de Credencial Nacional de Discapacidad	7	Escanea los documentos, las huellas, toma la fotografía del usuario(a).
Responsable del Módulo de Credencial Nacional de Discapacidad	8	Entra a la plataforma, llena la cédula correspondiente, envía los documentos escaneados y emite la CRENAPEd.
Responsable del Módulo de Credencial Nacional de Discapacidad	9	Entrega la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad.
Usuario(a)	10	Recibe credencial, firma de recibido.
FIN		



> **DIAGRAMA DE FLUJO**







> **FORMATOS**

- **Credencial Nacional de Discapacidad**





AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAINEPANTLA DE BAZ
2023-2024



- Acuse de entrega de la credencial Nacional de Discapacidad



AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAINEPANTLA DE BAZ
2023-2024



2022. Año del Quincentenario de Toluca, Capital del Estado de México.

Módulo de Credencial Nacional para Personas con Discapacidad

Entrega de Credencial

Recibí Credencial Nacional de Discapacidad con folio No: _____

El Día _____ Mes: _____ Año: _____

Nombre: _____

Nombre de la Madre, Padre o Tutor: _____

ENTREGA

RECIBE

FIRMA
RESPONSABLE DEL MÓDULO

FIRMA
PACIENTE

Sistema Municipal DIF Tlalnepantla de Baz en Av. Convento de Santa Mónica s/n, esq. Convento de San Fernando C.P 54060 Estado de México Tel: (55) 53612115 www.dif.tlalnepantla.gob.mx

64

Nuevo Gobierno. *Nuevas Ideas*

@CotTlalme · 56 3622 0000



H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE TLAXIQUILA DE 2022-2024



• Registro de credenciales entregadas



H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE TLAXIQUILA DE 2022-2024



Módulo de Credencial Nacional para Personas con Discapacidad

Credenciales Otorgadas

Encargado del Módulo: _____ Mes: _____
 No. de Empleado: _____

No. Credencial	Fecha	Nombre	Edad	Sexo	Domicilio	TI y Tipo de Discapacidad	Teléfono	Firma de Credencial

Sistema Municipal DIF Tlaxiquila de SaaS en Av. Convento de Santa Mónica s/n, convento de San Fernando C.P 9000 Estado de México Tel: (55) 5812116
 www.diftlaxiquila.gob.mx

66

> VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para personas con Discapacidad	Resguardataria de la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a Personas con Discapacidad	Titular de la Dirección General



UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DEL DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	TERAPIAS EN MATERIA DE REHABILITACIÓN
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/SAyFPD/DRPD/003

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS





> OBJETIVO

Brindar terapias en materia de rehabilitación a personas de todas las edades con y sin discapacidad, con calidad y calidez, para su pleno desarrollo; las modalidades pueden ser mecanoterapia, hidroterapia, electroterapia, masoterapia, equino terapia, lenguaje, psicología, psicopedagogía con la finalidad de brindar una mejor calidad de vida.

> ALCANCE

Aplica a la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a Personas con Discapacidad, a través, de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación, para las Personas con Discapacidad; así como a los terapeutas adscrito a la UBRIS, los prestadores externos de la compañía de terapia ecuestre, así como a la población que solicite el servicio.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley General de Inclusión para Personas con Discapacidad.
- Ley de Asistencia Social.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- Ley para la Inclusión de las Personas en Situación de Discapacidad del Estado de México
- Ley que crea los Organismos Públicos descentralizados de Asistencia Social, de carácter Municipal, denominados "Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- Norma Mexicana NMX-R-050-SCFI-2006 Accesibilidad de las Personas con Discapacidad a Espacios Construidos de Servicio al Público.
- NOM-016-SSA3-2012. Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, Tlaxcala de Baz. México.

> RESPONSABILIDADES

Titular de la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a Personas con Discapacidad, deberá:

Supervisar el funcionamiento y servicios de las UBRIS; así como de los programas y acciones que en el ámbito de sus facultades se encuentren a su cargo.





Titular de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para las Personas con Discapacidad, deberá:

Supervisar y vigilar el adecuado desempeño del personal médico y paramédico de las UBRIS, observando que las terapias se apeguen a los lineamientos oficiales y el paciente sea tratado de manera amable y con respeto; asimismo controlar y supervisar los servicios de terapia en materia de rehabilitación que se ofrece a través de la UBRIS.

Programar y coordinar reuniones periódicas con el personal, para el informe en atención y necesidades; y concentrar la información mensual de las terapias de rehabilitación impartidas en las UBRIS.

Controlar, ejecutar y supervisar los servicios de terapia ecuestre que se ofrece a través de la UBRIS Tenayo; supervisar las actividades de la compañía prestadora del servicio de terapia ecuestre; programar y coordinar reuniones periódicas con el personal de terapia ecuestre y personal médico, para programar medidas de mejoramiento del servicio; así como supervisar que los prestadores del servicio de terapia ecuestre realicen las notas correspondientes en los expedientes clínicos.

Trabajador(a) Social, deberá:

Brindar información y orientación sobre las terapias que se brindan en las UBRIS; llenar formato de cédula CIPOB; recibir la documentación, para integrar el expediente clínico y tenerlo en su resguardo; y realizar el Estudio Socioeconómico, para integrarlo al expediente.

Referir al paciente con el médico rehabilitador para su atención; y elaborar carnet de citas del paciente y agendar citas nuevas y subsecuentes.

Dar a conocer y firmar al usuario(a) el consentimiento informado y reglamento de la UBRIS y de Terapia Ecuestre.

Realizar visitas domiciliarias, para dar seguimiento y/o corroborar información del ESE; así como programar y ejecutar pláticas sobre discapacidad dirigidas a pacientes y familiares.

Médico Especialista en Rehabilitación, deberá:

Entrevistar, evaluar y determinar si el usuario(a) es candidato a tratamiento de las terapias que se brindan en las UBRIS; así, como la debida alta.

Realizar la historia clínica correspondiente, prescribir el número de sesiones y realizar revaloración tras las mismas; así como generar la estadística correspondiente del programa para las Unidades de Rehabilitación, para Personas con Discapacidad.





Terapeuta Físico, deberá:

Brindar la terapia física al usuario(a); realizar las planeaciones de trabajo con el usuario(a); realizar el registro de asistencia; elaborar las notas médicas; y realizar el informe mensual ante la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para las Personas con Discapacidad y DIFEM.

Elaborar la lista de material que se requiera para las terapias, reportar si algún equipamiento presenta fallas o descomposturas e informar el procedimiento al usuario(a) o responsable del usuario(a).

Terapeuta de lenguaje, deberá:

Brindar la Terapia de Lenguaje; realizar las planeaciones de trabajo con el usuario(a); realizar el registro de asistencia; y realizar el informe mensual ante Jefatura de Departamento de Rehabilitación para las Personas con Discapacidad y DIFEM.

Elaborar la lista de material que se requiera para las terapias; informar el procedimiento al usuario(a) o responsable del usuario(a); apoyar al trabajador social en información del servicio de terapia de lenguaje; elaborar notas de avance del paciente en el formato debido e integrar en el expediente y acudir a las capacitaciones a DIFEM cuando se le requiera.

Terapeuta psicopedagógica, deberá:

Brindar la terapia pedagógica; realizar las planeaciones de trabajo con el usuario(a); registrar la asistencia; realizar el informe mensual ante Jefatura de Departamento de Rehabilitación para las Personas con Discapacidad y DIFEM; elaborar la lista de material que se requiera para las terapias; así como informar el procedimiento al usuario(a) o responsable del usuario(a).

Terapeutas ecuestres, deberán:

Seguir las indicaciones del médico rehabilitador, en cuanto al número de terapias y tipo de tratamiento; elaborar nota de evolución diaria e integrarla al expediente; llevar el registro de asistencia diaria; reportar mensualmente a las Jefaturas de Departamento de Rehabilitación para las Personas con Discapacidad, Ingresos, Finanzas y Control Presupuestario, sobre cualquier incidente.

Psicólogo(a), deberá:

Brindar la terapia psicológica; realizar las planeaciones de trabajo con el usuario(a), el registro de asistencia y el informe mensual ante la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para las Personas con Discapacidad y DIFEM; elaborar la lista de material

que se requiera para las terapias; así como informar el procedimiento al usuario(a) o responsable del usuario(a).



Auxiliar Administrativo de la UBRIS, deberá:

Brindar orientación precisa al usuario(a) que soliciten algún servicio de los que brinda la UBRIS y los requisitos de ingreso; y el procedimiento para ingreso; asimismo canalizar al usuario(a) a Trabajo Social para que realice su cita con el Médico Rehabilitador y si no hay agenda libre, anotar en lista de espera al solicitante.

Apoyar a Trabajo Social en llamadas a usuario(a); y otorgar al paciente las papeletas para el pago de terapia ecuestre; así como, llevar libretas de control de asistencia al servicio de terapia ecuestre y apoyar en el control de los expedientes clínicos.

Usuario(a) /Responsable del usuario(a), deberán:

Solicitar información sobre los servicios de rehabilitación.

Cajero(a), deberá:

Realizar el cobro correspondiente al servicio en conformidad al "Catálogo de cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF", vigente.

➤ **GLOSARIO**

- **Carnet:** Documento que tiene por objetivo llevar un control de las citas del usuario(a); asistencias, faltas y valoraciones. Este documento debe contener en la parte frontal datos generales del usuario(a) y al reverso el reglamento del servicio.
- **Consentimiento informado:** Es el proceso mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de aceptar el tratamiento, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de su diagnóstico, pronóstico, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos.
- **Discapacidad:** Limitación que presentan algunas personas al momento de llevar a cabo determinadas actividades y que puede estar provocada por una deficiencia física o psíquica.
- **Educación Especial:** Es el servicio educativo que ofrece atención con equidad a alumnos(as) con discapacidad o bien con actitudes sobresalientes.
- **Electroterapia:** La electroterapia, es una técnica que se engloba dentro de la medicina física y rehabilitación y se define como el arte y la ciencia del tratamiento de lesiones y enfermedades por medio de la electricidad.
- **Expediente clínico:** El expediente clínico es la historia de la vida del paciente, clara, concisa y verídica de su enfermedad; escrita desde el punto de vista médico. Es la medida por la cual, la calidad del trabajo del médico y demás personal del hospital, es valorada.
Para estar completo el expediente clínico, debe contener suficientes datos escritos en una determinada secuencia de hechos, que justifiquen el diagnóstico y el tratamiento; así como los resultados finales.
- **Historia clínica:** Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.



- **Masoterapia:** Conjunto de técnicas manuales que se emplean con el objetivo de rehabilitar lesiones corporales.
- **Hidroterapia:** La hidroterapia, es la utilización del agua como agente terapéutico, en cualquier forma, estado o temperatura.
- **Mecanoterapia:** La mecanoterapia, es el empleo de aparatos especiales para producir movimientos activos o pasivos en el cuerpo humano, con el objetivo de curar o aliviar ciertas enfermedades.
- **Pedagogía:** Ciencia que estudia la educación y se encarga de investigar y ofrecer opciones de intervención en los métodos educativos para beneficio de la sociedad.
- **Personal terapéutico:** Son aquellos que proporcionan la terapia prescrita por el médico rehabilitador:
 - ✓ Terapeutas físicos;
 - ✓ Masoterapeutas;
 - ✓ Equinos terapeutas;
 - ✓ Terapeuta de aprendizaje terapeuta de lenguaje; y
 - ✓ Psicólogos, entre otros.
- **Responsable del usuario(a):** Persona mayor de 18 años, responsable para los trámites y servicios que brinda la U.B.R.I.S., cuando el usuario(a)/paciente es menor de edad.
- **Terapia Ecuestre:** La terapia ecuestre, se configura como un tipo de terapia asistida con animales que se dedica en la actualidad con fines rehabilitadores, para una amplia gama de trastornos, tanto físicos, como emocionales, cognitivos y sociales, usando al caballo como un facilitador para dicho tratamiento.

> ACRÓNIMOS

- **CEMS:** Cámara de Estimulación Multisensorial
- **CIPOB:** Cedula de información de población beneficiada. Documento oficial que expresa el nombre, profesión, domicilio y demás circunstancias de cada individuo que es atendido en la U.B.R.I.S.
- **CURP:** Constancia Única de Registro de Población
- **DIFEM:** Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- **DRPD:** A la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad.
- **ESE:** Estudio Socioeconómico.
- **INE:** Instituto Nacional Electoral
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.
- **UBRIS:** Unidad Básica de Rehabilitación e Integración Social.

> INSUMOS

- Equipo de oficina.
- Material de Papelería.
- Formatos correspondientes al procedimiento.
- Electrodo.



- Gel para ultrasonido.
- Parafina terapéutica.
- Compresas frías y calientes.
- Material de mecanoterapia (Pelotas Bobath, bandas de resistencia progresiva, pelotas con peso, mancuernas, polainas y materiales para trabajar pinza gruesa y fina).
- Material didáctico.
- Cables para equipo de electroterapia.
- Cabezales para equipo de ultrasonido.
- Formatos correspondientes a la terapia.
- Espacio y los recursos materiales a cargo de la compañía prestadora del servicio de terapia ecuestre.

➤ RESULTADOS

Brindar al usuario(a) terapias de rehabilitación de conformidad a sus necesidades.

➤ POLÍTICAS

- La atención se otorgará a toda persona que acuda a solicitar el servicio de terapias en materia de rehabilitación en la UBRIS, dando prioridad a los habitantes del municipio de Tlalnepantla de Baz.
- La atención es, de lunes a viernes de 8:00 a 14:00 horas.
- La atención se otorgará cuando el Médico Rehabilitador refiere al servicio.
- Todo usuario(a) que desee ingresar a las terapias físicas, deberá ser valorado por el Médico Rehabilitador.
- El Trabajador social deberá integrar la documentación necesaria para el servicio de terapias, en el cual se requiere en original para cotejo y copia simple de:
 - ✓ Diagnostico o referencia.
 - ✓ CURP.
 - ✓ Acta de nacimiento.
 - ✓ INE (200 %).
 - ✓ Comprobante de domicilio.
- Las citas subsiguientes se realizan por parte de Trabajo Social.
- Para las terapias de rehabilitación, el paciente deberá presentarse 20 minutos antes de la sesión.
- En todas las terapias de rehabilitación, a la tercera inasistencia sin justificación se dará por concluido el servicio.
- Para recibir la atención en cualquiera de las terapias físicas se debe pagar primero en caja y entregar copia de talón al terapeuta.
- El usuario(a) acudirá en óptimo estado de higiene y con el material requerido, para que se efectúe el tratamiento.
- El usuario(a) deberá respetar la normatividad establecida en relación al cuidado de la salud y protección de enfermedades respiratorias u otra de cualquier tipo como el COVID-19.



- El usuario(a) deberá leer, firmar y hacer valer el reglamento vigente, para que se pueda brindar la atención.
- El usuario(a) deberá observar en todo momento una conducta de respeto hacia el profesional de salud.
- Los terapeutas tienen derecho a suspender el tratamiento y reportar el motivo de este, a su superior, en caso de no recibir un trato respetuoso por parte del paciente.
- El usuario(a) tiene derecho a recibir una atención médica y terapéutica adecuada, además de trato digno y respetuoso por parte del personal que labora en la UBRIS.
- El usuario(a) tiene derecho a recibir información suficiente clara y precisa sobre su padecimiento.
- El usuario(a) tiene derecho a ser tratado con respeto y confidencialidad.
- Todo usuario(a) que reciba valoración médica deberá contar con expediente clínico y este apegarse a las Normas Oficiales Mexicanas.
- No se brindará valoración clínica ni terapia de ningún tipo previo al pago por concepto de los mismos.
- La terapia física de electroterapia, mecanoterapia e hidroterapia, debe ser realizada exclusivamente por persona con un grado igual o mayor a Licenciatura en Terapia Física o Fisioterapia, si se realiza por auxiliar de terapia debe ser orientado por el Terapeuta Físico.
- El costo por cualquiera de las Terapias Físicas brindadas por este Sistema Municipal DIF, se realizará conformidad al "Catálogo de Cuotas de Servicios Brindados por el SMDIF", vigente.
- La sesión de terapia física tendrá una duración de 60 minutos.
- La terapia física brindada en la Cámara de Estimulación Multisensorial, debe ser realizada exclusivamente por persona con un grado igual o mayor a Licenciatura en Fisioterapia o Lic. Terapia Ocupacional.
- El tiempo aproximado de la terapia en la Cámara de Estimulación Multisensorial es de 30 minutos, la atención se da de forma individual.
- La terapia física en masoterapia debe ser realizada por un profesional en masoterapia.
- El tiempo aproximado de la terapia física de masoterapia es de 30 minutos.
- La atención de terapia de lenguaje debe ser realizada exclusivamente por persona con un grado igual o mayor a Licenciatura en Comunicación humana, Psicología y Lic. Educación Especial con especialidad en audición y lenguaje.
- El tiempo aproximado de la terapia de lenguaje es de 30 minutos.
- La atención en pedagogía debe ser realizada exclusivamente por persona con un grado igual o mayor a Licenciatura en Educación Especial o Pedagogía.
- La atención en Psicología debe ser realizada exclusivamente por persona con una Licenciatura en psicología y/o especialidad en el área de discapacidad, avaladas por un título y una cédula profesional.
- El usuario(a) tiene derecho a recibir información suficiente clara y precisa sobre su padecimiento.



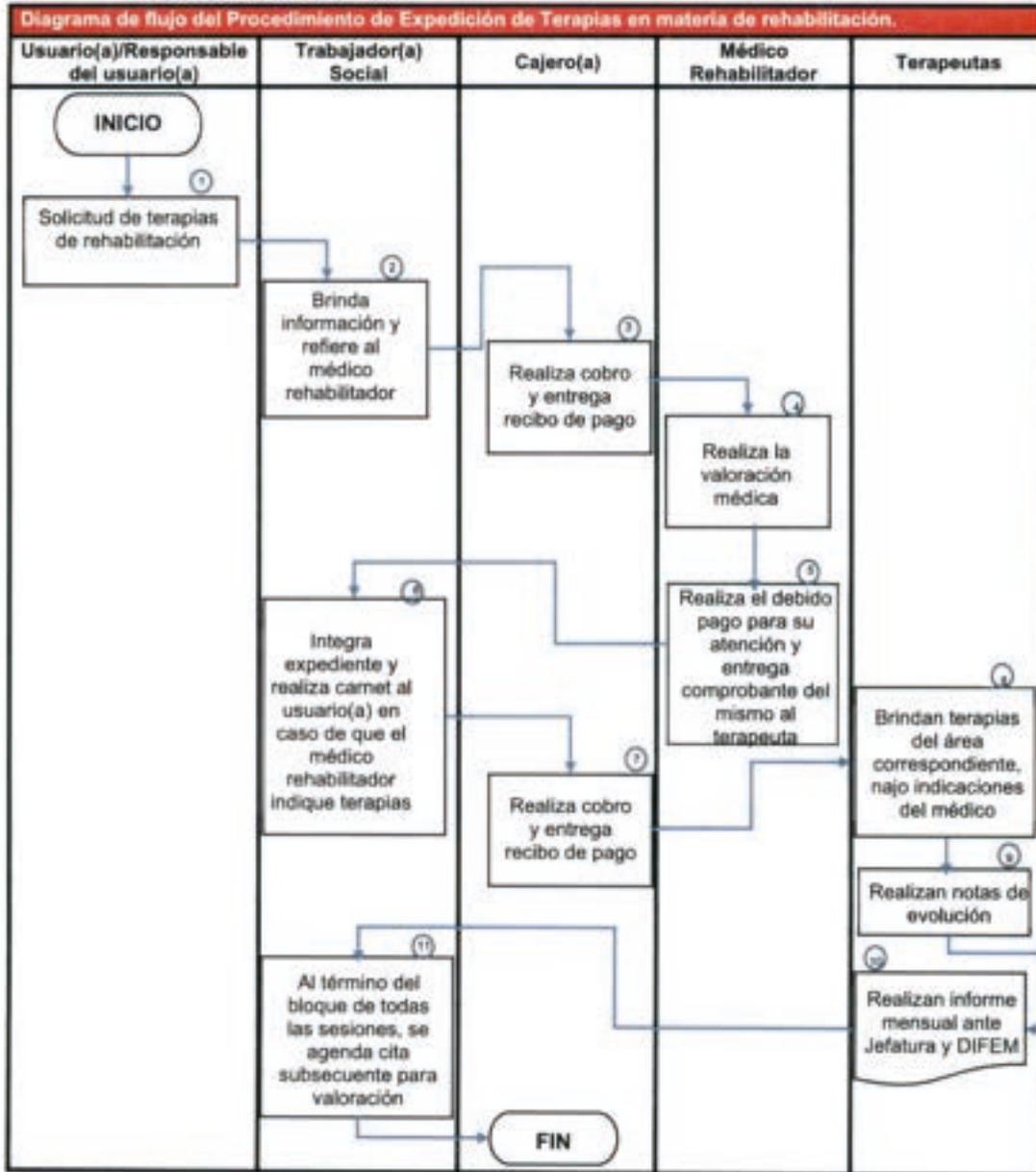
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario(a) /Responsable del usuario(a)	1	Solicita información sobre los servicios de rehabilitación.
Trabajador Social	2	Brinda información y refiere al Médico Rehabilitador para su valoración.
Cajero(a)	3	Realiza cobro para la valoración y entrega recibo de pago.
Médico Rehabilitador	4	Realiza la valoración médica en rehabilitación.
Médico Rehabilitador	5	Realiza historial clínico y refiere a el área terapéutica correspondiente.
Trabajador Social	6	Integra expediente y realiza carnet al usuario(a), en caso de que el Médico Rehabilitador indique tratamiento rehabilitador.
Cajero (a)	7	Realiza cobro para la terapia y entrega recibo de pago.
Terapeutas Físicos, de lenguaje, psicopedagógicos o ecuestres	8	Brindan terapia del área correspondiente, bajo las indicaciones del médico rehabilitador
Terapeutas Físicos, de lenguaje, psicopedagógicos o ecuestres	9	Realizan notas de evolución.
Terapeutas Físicos, de lenguaje, psicopedagógicos o ecuestres	10	Realizan informe mensual ante la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad y DIFEM.
Trabajador(a) Social	11	Al término del bloque de todas sus sesiones agenda cita subsecuente para valoración con médico Rehabilitador.
FIN		





> **DIAGRAMA DE FLUJO**





➤ **FORMATOS**

• **Hoja de registro de terapias de rehabilitación 1**


 DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
 "2023, Año del Quincucentenario de la Fundación de Toluca del Estado de México"
HOJA DE REGISTRO DIARIO DE TERAPIA FÍSICA

UNIDAD DE REHABILITACIÓN: U.B.A.S.		FECHA:									
NÚMERO DE EMPLEADO:		NOMBRE DEL TERAPISTA:									
#	Fecha	Nombre del paciente	Sexo		Edad		Atención		Observaciones	Folio	
			M	F	+18	<18	Terapia	Programa			
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

• **Hoja de registro de terapias de rehabilitación 2**


 DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
 "2023, Año del Quincucentenario de la Fundación de Toluca del Estado de México"
REGISTRO DIARIO DE TERAPIAS DE PEDAGOGÍA

UNIDAD DE REHABILITACIÓN: U.B.A.S. EL TENAYO		FECHA:									
NÚMERO DE EMPLEADO:		NOMBRE:									
NOMBRE DEL PACIENTE	TIPO 1- 2º y 3º 2- 4º y 5º	MALECIDO		FEMENINO		ATENCIÓN		Observaciones			
		+18 años	<18 años	+18 años	<18 años	Terapia Pedagógica	Programa de Clase				
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024



• Hoja de registro de terapias de rehabilitación 3



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024



DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

"2022, Año del Quincucentenario de la Fundación de Toluca de Lerdo, Capital del Estado de México"

PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN MULTIPLE TEMPRANA A NIÑOS CON DISCAPACIDAD

UNIDAD DE REHABILITACIÓN: U.B.R.I.S. EL TENAYO		FECHA:							
NÚMERO DE EMPLEADO:		NOMBRE:							
NUM.	FECHA	BENEFICIARIO	FOLIO	(1) 1ª VEZ DE SER	EDAD	SEXO	OBSERVACIONES	FIRMA	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

Administración de Rehabilitación SAH 70022 UNIDAD 48 de 11 de 08

78

• Carnet de citas



SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
TLALNEPANTLA DE BAZ

CARNET DE CITAS

NOMBRE DEL PACIENTE	
NUM. DE EXPEDIENTE	EDAD
TELÉFONO	

UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL "EL TENAYO"
AV. RECONSTRUCCIÓN VALLEJO DE ARRIETA S/N, COL. EL TENAYO, BAZO TLALNEPANTLA DE BAZ, ESTADO DE MÉXICO
TELÉFONO 055 56 36 22

77

Nuevo Gobierno, *Nuevas Ideas*

Facebook Twitter Instagram YouTube @Cofitlaine 56 3622 0000



EL AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAINEPANTLA DE BAZ
2022-2024



• Tarjetón de terapia



Sistema Municipal Para El Desarrollo Integral
De La Familia Tlalnepantla De Baz
2022-2024

TARJETÓN DE TERAPIA

FECHA	# EXPENDIENTE
NOMBRE	SEXO EDAD
DIAGNÓSTICO	

MES	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	26	27	28	29	30	31	
ENERO																																
FEBRERO																																
MARZO																																
ABRIL																																
MAYO																																
JUNIO																																
JULIO																																
AGOSTO																																
SEPTIEMBRE																																
OCTUBRE																																
NOVIEMBRE																																
DICIEMBRE																																

INDICACIONES

OBSERVACIONES



• Registro de equinoterapia



"Todos los días equinoterapia con la Participación del Sistema de Gestión Integral del Estado de Tlaxcala"

EQUINOTERAPIA

U.B.R.I.S EL TENAYO

MES: _____

DÍA: _____

AÑO: 2022

#	# DE EXPEDIENTE	# DE FOLIO	HORARIO	CABALLO	OBSERVACIONES
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					
26					

80



> VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad	Resguardataria de la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a Personas con Discapacidad	Titular de la Dirección General

79



UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DEL DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD (PREVIDIF)
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/SAyFPD/DRPD/004

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS





> OBJETIVO

Brindar programas y acciones de prevención, divulgación sobre medidas médico-preventivas que ayuden a detectar la discapacidad mediante talleres y pláticas sobre los riesgos de discapacidad durante la gestación, estimulación temprana para detectar factores de riesgo en el desarrollo, prevención de accidentes y enfermedades crónicas degenerativas dirigidas a los habitantes del municipio de Tlalnepantla de Baz.

> ALCANCE

Aplica a la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a Personas con Discapacidad a través de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad; así como a la población que solicite el servicio.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- Ley General de Salud.
- Ley de Asistencia Social.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- Ley que crea los Organismos Públicos descentralizados de Asistencia Social, de carácter Municipal, denominados "Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, Tlalnepantla de Baz, México.

> RESPONSABILIDADES

Titular de la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a Personas con Discapacidad, deberá:

Supervisar el funcionamiento y servicios de las UBRIS y el funcionamiento de los programas y acciones que en el ámbito de sus facultades se encuentren a su cargo; así como coordinar, administrar y supervisar los recursos humanos, materiales, económicos y de equipamiento de los Módulos PREVIDIF.

Titular de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad, deberá:

Coordinar, administrar, vigilar y supervisar las acciones dirigidas a la prevención de la discapacidad a través de los Módulos PREVIDIF; asimismo supervisar y vigilar el adecuado funcionamiento de los Módulos PREVIDIF con apego a la normatividad vigente y que este cuenta con el material necesario para llevar a cabo sus labores.

Trabajador(a) social, deberá:

Recibir la documentación para la integración de expedientes



Responsable del Módulo de PREVIDIF, deberá:

Realizar acciones de prevención de la discapacidad individual o grupal, en escuelas, estancias infantiles, empresas o en los sitios donde así se requiera difundir las estrategias planeadas sobre el tema de la discapacidad y su prevención.

Otorgar el taller de estimulación temprana a niño sano y detectar factores de riesgo neurológico que conduzcan a la discapacidad; asimismo detectar dentro de Instituciones escolares defectos de postura, marcha y problemas de obesidad en niños, niñas y adolescentes.

Orientar a las mujeres embarazadas sobre la importancia de su control médico mensual y los factores ambientales que pueden ocasionar discapacidad.

Informar y asesorar sobre las enfermedades que ocasionan discapacidad en el adulto mayor tales como: hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus y osteoporosis.

Realizar material de difusión sobre los diferentes temas que conforman el programa de PREVIDIF; así como acudir a capacitaciones mensuales a DIFEM y concentrar información mensual correspondiente a PREVIDIF.

Cajero(a), deberá:

Realizar el cobro y entrega recibo de pago, de las terapias de estimulación temprana.

Institución educativa, deberá:

Recibir pláticas y/o talleres sobre PREVIDIF.

➤ **GLOSARIO**

- **Canalización:** Procedimiento mediante el cual el (la) trabajadora social orienta y refiere al usuario(a) al servicio adecuado, para dar respuesta a sus necesidades específicas.
- **Discapacidad:** Limitación que presentan algunas personas al momento de llevar a cabo determinadas actividades y que puede estar provocada por una deficiencia física o psíquica.
- **Enfermedades crónico – degenerativas:** Son las enfermedades de larga duración y progresión normalmente lenta. Son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. Las más comunes son: enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- **Estimulación temprana:** Proceso de intervención que tiene por objetivo estimular y fomentar el desarrollo físico, emocional y de la inteligencia de los niños y niñas. Se basa en que cuanto antes se estimulan las potencialidades y más temprano se podrá detectar algún factor de riesgo en el desarrollo.
- **Factores de riesgo de daño neurológico:** Son los factores que pueden alterar el desarrollo normal de un niño en los tres primeros años de vida cuando aún su sistema nervioso está inmaduro.





- **Factores riesgo ambiental en el embarazo:** Son aquellos factores ambientales que influyen sobre el embarazo y que pueden ocasionar discapacidad tales como: Social: padre único o de adolescentes, Drogadicción, Alcoholismo materno, Ecológico (plomo), Psicológico (derivación), pobreza, nula escolaridad.
- **Osteoporosis:** Osteopatía más común, siendo la disminución absoluta de la masa ósea, y se les relaciona a algunas fracturas. Existe reducción del grosor cortical, así como en el número y tamaño de las trabéculas.
- **Retraso Psicomotor:** Es la adquisición tardía de habilidades motoras, ya sea por una evolución lenta o falta de madurez del sistema nervioso central que condicionan alteraciones fisiológicas que pueden llegar a ser patológicas, si no se proporciona una atención adecuada y oportuna por un personal médico especializado.
- **Responsable del usuario(a):** Persona mayor de 18 años, responsable para los tramite y servicios que brinda la U.B.R.I.S., cuando el usuario/ paciente es menor de edad.

➤ ACRÓNIMOS

- **CURP:** Clave única de registro de población
- **DIFEM:** Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- **DRPD** Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad.
- **PREVIDIF:** Prevención y Detección de Factores de Riesgo que producen Discapacidad.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlaxcala de Baz.
- **UBRIS** Unidad Básica de Rehabilitación e Integración Social.

➤ INSUMOS

- Equipo de consultorio médico: Mesa de exploración, báscula para adulto y báscula pediátrica, estetoscopio, baumanómetro, cinta métrica y glucómetro.
- Material de Papelería.
- Material didáctico
- Computadora
- Lista de Asistencia.

➤ RESULTADOS

Brindar terapias de estimulación temprana, talleres y pláticas a padres de familia sobre la prevención y detección temprana de la discapacidad.

➤ POLÍTICAS

- Se brinda la atención, de lunes a viernes de 8:00 a 14:00 horas.
- El responsable del Módulo de PREVIDIF, solicitará por oficio a las escuelas o instituciones públicas, para solicitar el permiso para ingresar a aquellos lugares donde se pueda llevar a cabo las pláticas y talleres de prevención de la discapacidad.





- El responsable de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para las Personas con Discapacidad, otorgará oficio de presentación a los encargados del módulo de PREVIDIF y que estos puedan presentar como identificación.
- El responsable del Módulo de PREVIDIF, realizará la difusión de la prevención de la discapacidad en aquellos centros, empresas, estancias infantiles, escuelas y casas del adulto mayor a las que luego de presentar un programa de trabajo autoricen la entrada del personal.
- Las pláticas y talleres serán exclusivamente sobre temas de prevención de la discapacidad.
- Las terapias de Estimulación Temprana, van dirigidas a niños sanos y niños con discapacidad, desde los 0 meses y hasta los 4 años
- La documentación para el servicio de estimulación temprana es, copia simple de:
 - ✓ Acta de nacimiento
 - ✓ CURP.
 - ✓ Comprobante de domicilio.
 - ✓ Resumen médico.
- El costo por la terapia de estimulación temprana es, establecido de conformidad al "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF", vigente.
- El tiempo de terapia es de 45 minutos, y los horarios son de acuerdo con la demanda del usuario(a).
- El personal deberá recibir un trato amable y respetuoso en los lugares que se presenten a impartir pláticas y talleres o podrá suspender de manera inmediata dicha dinámica.
- El responsable de módulo de PREVIDIF, acudirá con uniforme de trabajo, que al tratarse de personal de enfermería corresponde, uniforme blanco para pláticas y pijama quirúrgico para terapias.
- El responsable del módulo de PREVIDIF, elaborará y difundirá información en trípticos, carteles, rotafolios con información suficiente y clara sobre la prevención de la discapacidad.
- El usuario(a) respetará el reglamento vigente.





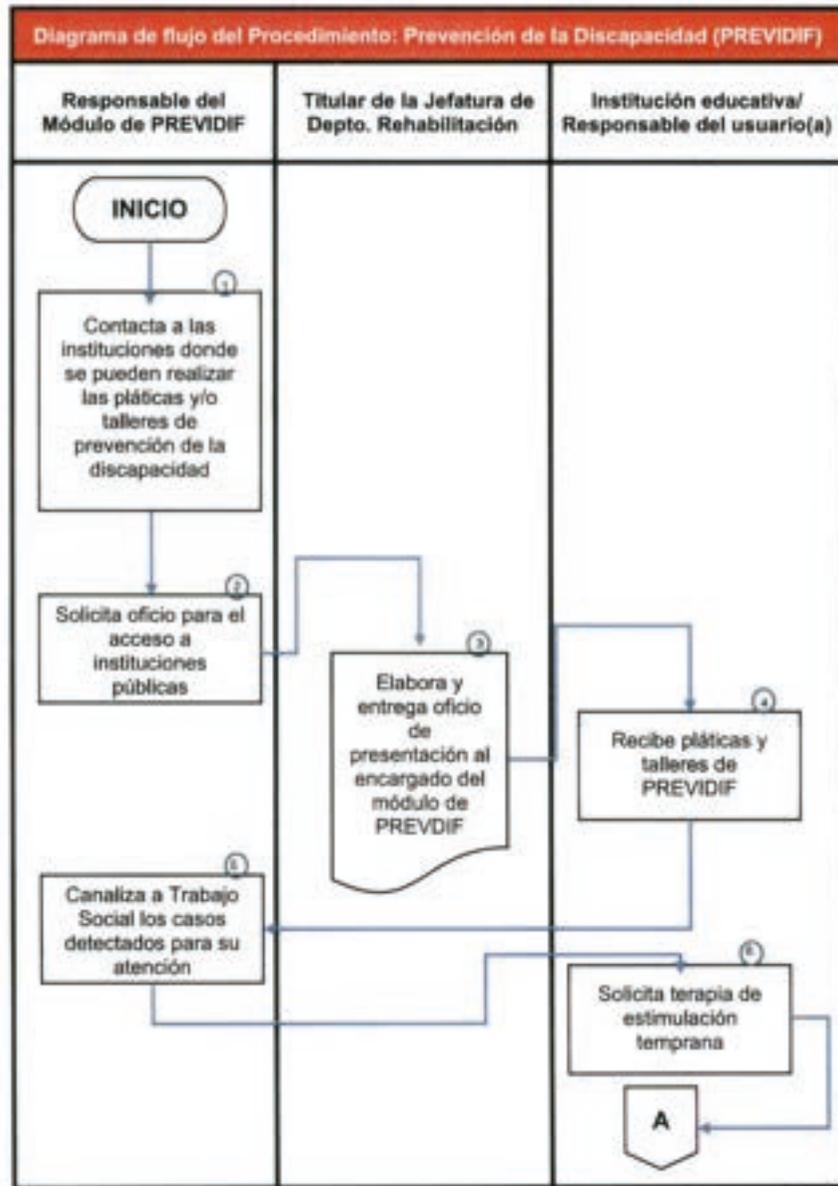
> DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

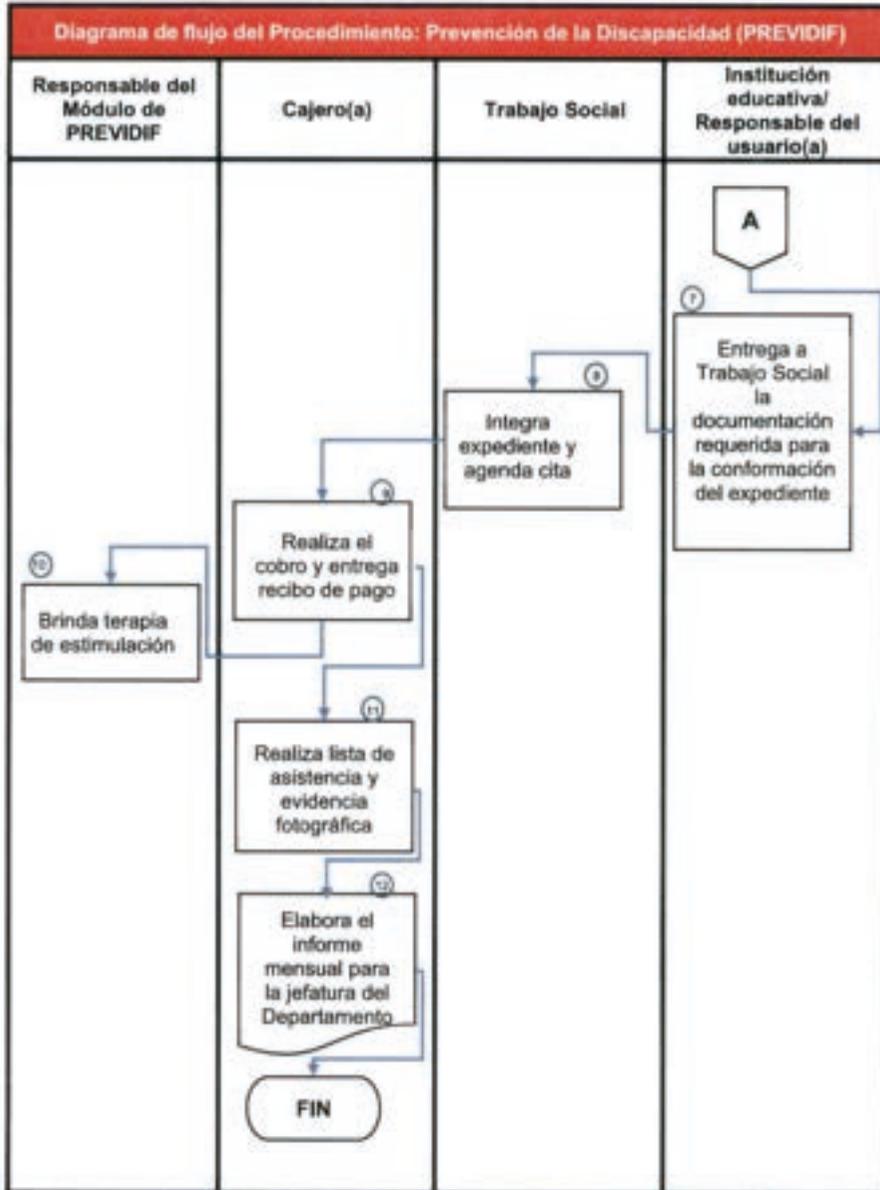
Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Responsable del módulo PREVIDIF	1	Contacta a las instituciones donde se puede realizar pláticas y/o talleres de prevención de la discapacidad.
Responsable del módulo PREVIDIF	2	Solicita oficio a la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad, para solicitar el acceso a las Instituciones donde se pretende implementar las acciones de prevención.
Titular de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad	3	Elabora y entrega oficio de presentación al responsable del módulo de PREVIDIF.
Institución educativa	4	Recibe pláticas y/o talleres sobre PREVIDIF.
Responsable del módulo PREVIDIF	5	Canaliza a Trabajo Social los casos detectados de discapacidad para la atención del Médico Rehabilitador.
Institución educativa/ Responsable del usuario(a)	6	Solicita terapia estimulación temprana.
Institución educativa/ Responsable del usuario(a)	7	Entrega a Trabajo Social la documentación requerida para la conformación de expediente y cita programada.
Trabajo Social	8	Integra expediente y agenda cita.
Cajero(a)	9	Realiza cobro y entrega recibo de pago.
Responsable del módulo PREVIDIF.	10	Brinda la terapia de estimulación temprana
Responsable del módulo PREVIDIF	11	Registra lista de asistencia y toma evidencia fotográfica.
Responsable del módulo PREVIDIF.	12	Entrega informe mensual para la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad.
FIN		





➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**







H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNEPANTLA DE BAZ
2023-2024



> **FORMATOS**

- **Lista de asistencias de pláticas**



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNEPANTLA DE BAZ
2023-2024



DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

"2023, Año del Quincentenario de la Fundación de Toluca de Lerdo, Capital del Estado de México"

PLÁTICAS PROGRAMA PREVI-DIF

UNIDAD: _____ MES Y AÑO _____

ELABORÓ: _____ N° EMPLEADO _____

LUGAR O MEDIO DE DIFUSIÓN: _____

TEMA: _____

	SEXO	BENEFICIARIO	FIRMA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

OBSERVACIONES _____

FIRMA Y SELLO DE LA UNIDAD

Atención vía whatsapp: 56 3622 0000



Nuevo Gobierno, *Nuevas Ideas*



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAXIAPA DE 2022-2024



• **Lista de asistencia de terapias de estimulación temprana**



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAXIAPA DE 2022-2024



DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

"2022, Año del Quincentenario de la Fundación de Toluca de Lerdo, Capital del Estado de México"

MÓDULO PREVI-DIF

TERAPIAS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN NIÑOS SANOS

UNIDAD: _____ MES Y AÑO _____

ELABORÓ: _____ N° EMPLEADO _____

LUGAR O MEDIO DE DIFUSIÓN: _____

	BENEFICIARIO	SEXO	EDAD	FOLIO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

OBSERVACIONES _____

FIRMA Y SELLO DE LA UNIDAD

Atención vía whatsapp: 56 3622 0000



Nuevo Gobierno, *Nuevas Ideas*



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024



• **Formato de referencia**



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024



DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

"2022, Año del Quincentenario de la Fundación de Toluca de Lerdo, Capital del Estado de México"

MÓDULO PREVI DIF

REFERENCIA

FECHA _____

UNIDAD _____

ELABORO _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

REFERIDO AL ÁREA _____

RESUMEN CLÍNICO _____

OBSERVACIONES:

FIRMA Y SELLO DE LA UNIDAD

Atención via whatsapp: 56 3622 0000



Nuevo Gobierno, Nuevas Ideas





H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLANEPAÑTLA DE BAZ
2022-2024



• Lista de asistencia de talleres



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLANEPAÑTLA DE BAZ
2022-2024



DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

"2022, Año del Quincentenario de la Fundación de Toluca de Lardón, Capital del Estado de México"

MÓDULO PREVI-DIF

TALLER

UNIDAD _____ FECHA _____

ELABORO _____ N° EMPLEADO _____

LUGAR MEDIO DE DIFUSIÓN _____

TEMA _____

	BENEFICIARIO	SEXO	OBSERVACIONES
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

OBSERVACIONES _____

FIRMA Y SELLO DE LA UNIDAD

Atención via whatsapp: 56 3622 0000





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad	Resguardataria de la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a Personas con Discapacidad	Titular de la Dirección General





UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ATENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/SAyFPD/DRPD/005

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS





➤ OBJETIVO

Atender las necesidades de las personas con discapacidad, dentro de las inmediaciones del Municipio de Tlalnepantla, mediante la orientación, seguimiento, elaboración de estudios socioeconómicos, visitas domiciliarias, referencias o canalizaciones a fin de mejorar su calidad de vida.

➤ ALCANCE

Aplica a la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a Personas con Discapacidad a través del Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad; así como a la población que solicite el servicio.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Convención de los derechos Humanos sobre los derechos de las personas con Discapacidad.
- Ley General de las Personas con Discapacidad.
- Ley para la Inclusión de las Personas en situación de Discapacidad del Estado de México.
- Ley de Asistencia Social.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de carácter Municipal, denominados "Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, Tlalnepantla de Baz, México.

➤ RESPONSABILIDADES

Titular de la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a Personas con Discapacidad, deberá:

Supervisar el funcionamiento y servicios de las UBRIS; así como, el debido funcionamiento de los programas y acciones que, en el ámbito de sus facultades, se encuentren a su cargo.

Titular de la Jefatura del Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad, deberá:

Coordinar, administrar y supervisar los recursos humanos, materiales, económicos y de equipamiento de las instalaciones de las UBRIS; y vigilar que se realicen correctamente las acciones encaminadas a atender las necesidades de las personas con discapacidad.





Concentrar la información mensual de las unidades, elaborar, supervisar y dar el visto bueno del informe mensual a DIFEM.

Trabajador(a) Social, deberá:

Orientar a las personas con discapacidad sobre los servicios que ofrece las UBRIS y el SMDIF de Tlalnepantla de Baz; referir a los pacientes a los servicios de las UBRIS; brindar las citas a los pacientes para los servicios de las UBRIS; y realizar estudios socioeconómicos externos.

Llenar y entregar la Cédulas de Identificación de Población Beneficiaria (CIPOB); recabar la documentación para los servicios de las UBRIS; e integrar y resguardar los expedientes clínicos de los pacientes.

Realizar visitas domiciliarias a los beneficiarios o solicitantes de servicio en las UBRIS; y realizar el reporte de Trabajo Social ante DIFEM; así como acudir a capacitaciones mensuales a DIFEM.

Mantener comunicación y enlace con las instituciones educativas como los CAMS; y reportar a la Jefatura del Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad, cualquier caso de abuso, hacia una persona con Discapacidad.

Cajero(a), deberá:

Realizar el cobro correspondiente al servicio en conformidad al catálogo de cuotas de servicios brindados del Sistema Municipal DIF, Tlalnepantla de Baz.

Usuario(a)/Responsable del usuario(a), deberá:

Acudir para solicitar información o atención en los servicios de las UBRIS; recibir el servicio solicitado, el carnet de citas, el estudio socioeconómico, el lineamiento y consentimiento informado; así como solicitar estudio socioeconómico externo.

➤ **GLOSARIO**

- **Canalización:** Acción de referir a las personas usuarias a las opciones adecuadas para la atención específica que dé respuestas a sus necesidades.
- **Discapacidad:** Limitación que presentan algunas personas al momento de llevar a cabo determinadas actividades y que puede estar provocada por una deficiencia física o psíquica.
- **Estudio socioeconómico:** Los estudios socioeconómicos consiste principalmente en evitar el riesgo de contratar a una persona conflictiva o con antecedentes falsos, que pueda causar problemas a la compañía, e incluso ser un candidato que renuncie al poco tiempo de haber sido contratado.
- **Responsable del usuario(a):** Persona mayor de 18 años, responsable para los tramites y servicios que brinda la U.B.R.I.S., cuando el usuario/ paciente es menor de edad.
- **Visita domiciliaria:** Visita a la persona usuaria en su domicilio de residencia a fin de verificar información proporcionada en el estudio socioeconómico, actualizar la situación





socioeconómica o atender una situación particular que amerite observación y atención.

➤ ACRÓNIMOS

- **CIPOB:** Cédula de Identificación de la Población Objetiva Beneficiaria.
- **CURP:** Clave única de registro de población.
- **DIFEM:** Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- **DRPD:** A la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad.
- **PREVIDIF:** Prevención y Detección de Factores de Riesgo que producen Discapacidad.
- **INE:** Instituto Nacional Electoral.
- **RBC:** Rehabilitación Basada en la Comunidad.
- **UBRIS** Unidad Básica de Rehabilitación e Integración Social.

➤ INSUMOS

- Material de Papelería.
- Equipo de cómputo e impresora.
- Material de difusión.
- Vehículo con Gasolina.

➤ RESULTADOS

Brindar atención en Trabajo Social con la finalidad de referir y canalizar a los distintos servicios de las UBRIS y a otras instituciones, conforme a las necesidades del usuario(a) y su familia.

➤ POLÍTICAS

- La atención de Trabajo Social es para todo público, dando prioridad a la población del Municipio de Tlalnepantla de Baz.
- El horario de atención es de 8:00 a 14:00 horas en las Unidades Básicas de Rehabilitación e Integración Social (UBRIS).
- El horario de atención en las visitas domiciliarias es de 8:00 a 14:00 horas.
- El Trabajador Social, maneja la agenda de las terapias de rehabilitación.
- Las visitas solo se realizan a habitantes del municipio de Tlalnepantla de Baz.
- Las visitas domiciliarias se realizan con la finalidad de corroborar los datos proporcionados por el usuario(a) en el estudio socioeconómico, así como observar y conocer su entorno.
- Para la realización de un estudio socioeconómico externo se requiere en original para cotejo y copia simple de:
 - ✓ CURP.
 - ✓ Acta de nacimiento.
 - ✓ INE (200 %).
 - ✓ Comprobante de domicilio.
- El costo por emisión de estudio socioeconómico externo es aplicado de conformidad al



"Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF", vigente.

- Si no presenta toda la documentación requerida, no se podrá extender el estudio socioeconómico externo.
- La vigencia del estudio socioeconómico es de tres meses a partir de la fecha de expedición.
- El trabajador social puede solicitar una validación del requerimiento del estudio socioeconómico como carta, convocatoria, o indicaciones de otros organismos.
- El paciente deberá estar presente en la visita domiciliaria en la fecha acordada.
- La gestión de apoyo con transporte es exclusivamente a pacientes de las UBRIS.
- El usuario(a) deberá respetar la normatividad establecida en relación al cuidado de la salud y protección de enfermedades respiratorias u otra de cualquier tipo como la COVID-19
- El usuario(a) deberá hacer valer el reglamento vigente para que se pueda brindar la atención.



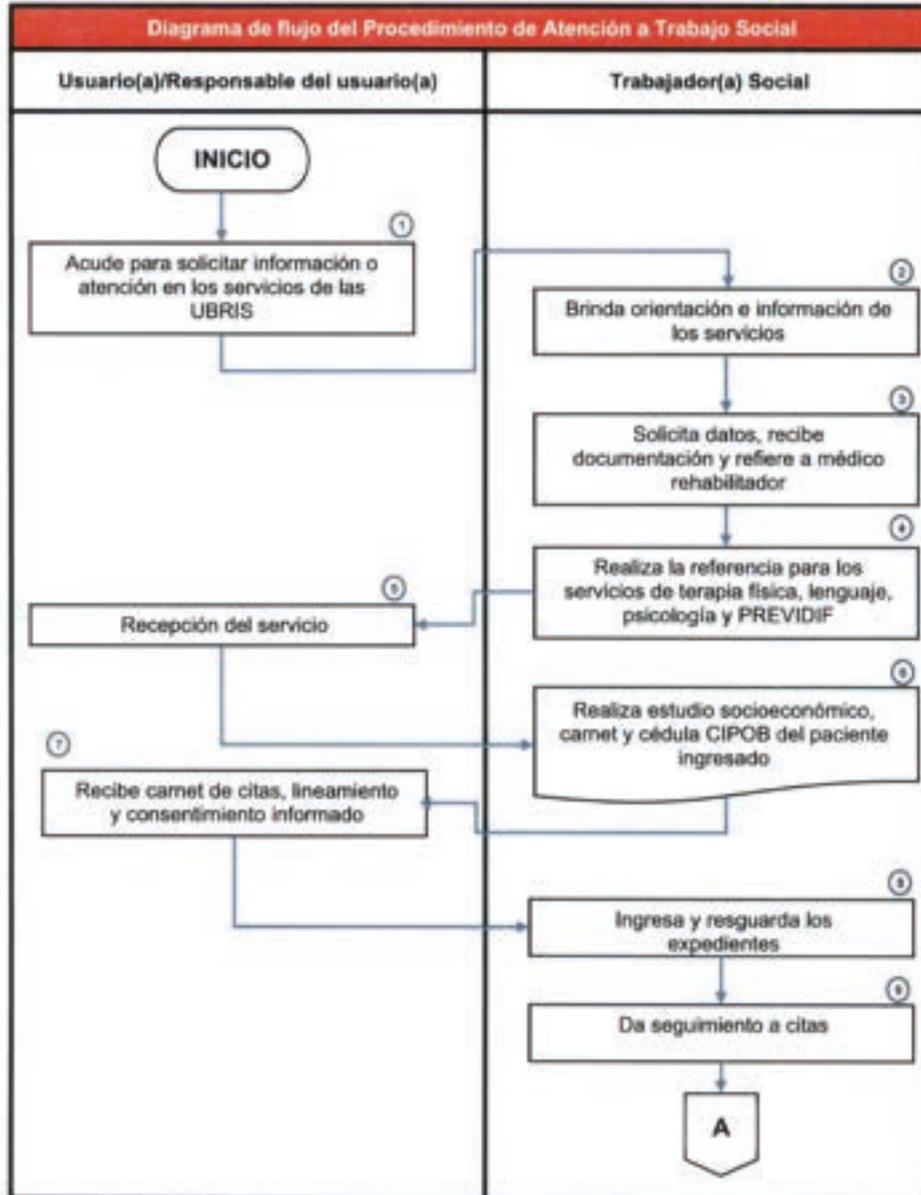


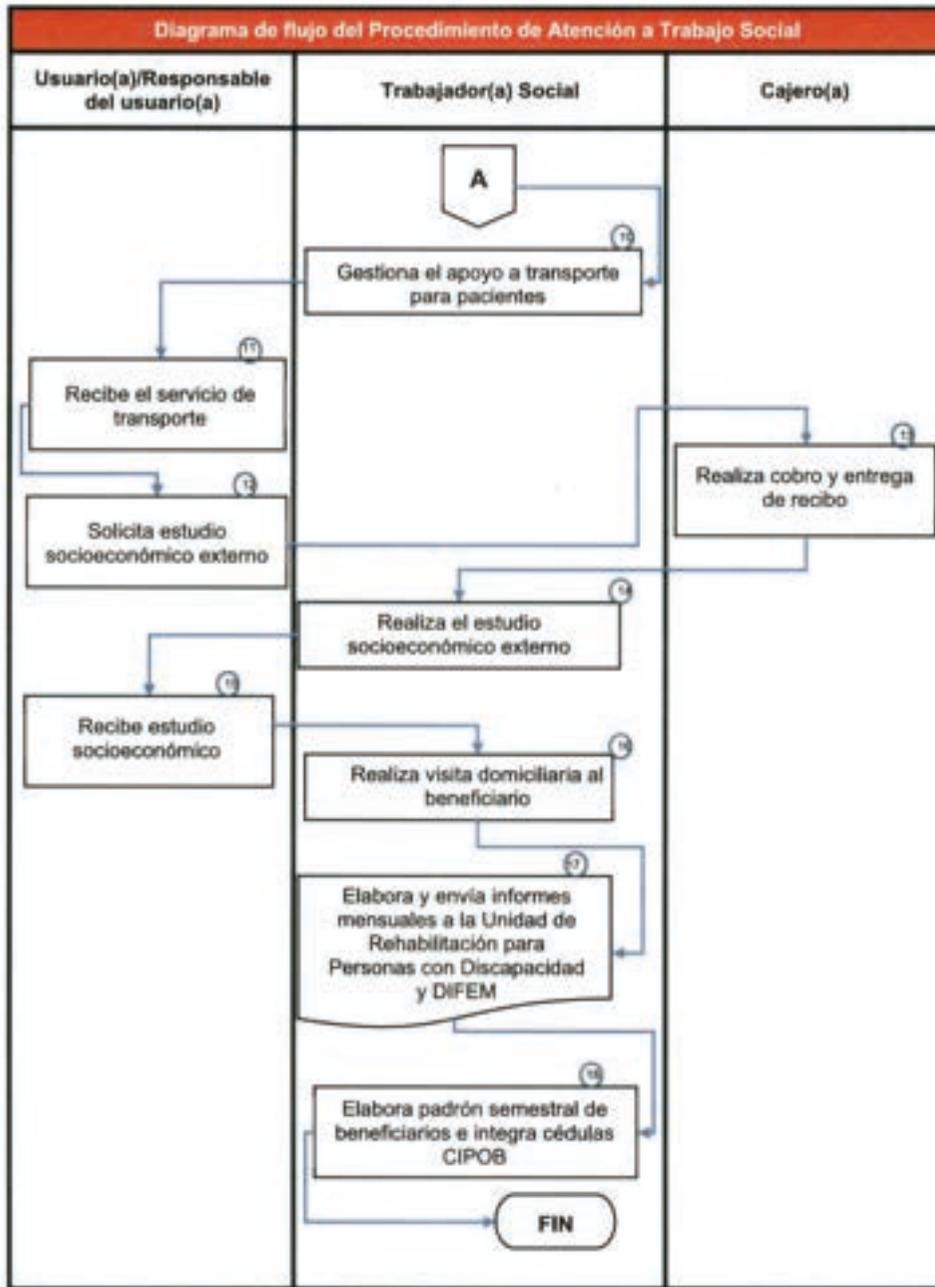
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario(a)/Responsable del usuario(a)	1	Acude para solicitar información o atención en los servicios de las UBRIS.
Trabajador(a) Social	2	Brinda orientación e información de los servicios
Trabajador(a) Social	3	Solicita datos, recibe documentación y refiere a médico rehabilitador.
Trabajador(a) Social	4	Realiza la referencia para los servicios de terapia física, lenguaje, psicología y PREVIDIF.
Usuario(a)/Responsable del usuario(a)	5	Recibe el servicio solicitado.
Trabajador(a) Social	6	Realiza estudio socioeconómico y Cédula CIPOB del paciente ingresado.
Usuario(a)/persona con discapacidad o familiar	7	Recibe carnet de citas, lineamiento y consentimiento informado.
Trabajador(a) Social	8	Integra y resguarda expediente.
Trabajador(a) Social	9	Da seguimiento a citas subsecuentes
Trabajador(a) Social	10	Gestiona el apoyo de transporte para los pacientes que así lo requieran.
Usuario(a)/Responsable del usuario(a)	11	Recibe el servicio de transporte.
Usuario(a)/Responsable del usuario(a)	12	Solicita estudio socioeconómico externo.
Cajero(a)	13	Realiza el cobro y entrega recibo.
Trabajador(a) Social	14	Realiza el estudio socioeconómico externo.
Usuario(a)/Responsable del usuario(a)	15	Recibe el estudio socioeconómico.
Trabajador(a) Social	16	Realiza visita domiciliaria al beneficiario.
Trabajador(a) Social	17	Elabora informes mensuales a la Unidad de Rehabilitación para Personas con Discapacidad y DIFEM.
Trabajador(a) Social	18	Elabora padrón semestral de beneficiarios e integra de manera electrónica Cédulas CIPOB.
FIN		



> DIAGRAMA DE FLUJO







> **FORMATOS**

• **Estudio socioeconómico**

DIF		Unidad de Asesoría e Integración Social Dirección General de Rehabilitación				
PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD						
Dependencia	12	Unidad administrativa	NRE-12345	Programa	3031	
Lugar y fecha de elaboración						
Datos del responsable del Estado de la CIFOR (Solo en caso de que el beneficiario requiera ayuda)						
Nombre(s)	Apellido paterno		Apellido materno		Cargo	
Datos del beneficiario						
Nombre(s)	Edad		Escolaridad			
Apellido paterno	Sexo		Ocupación			
Apellido materno	Lugar de nacimiento		Teléfono			
BFC	Nacionalidad		Celular			
CURP	Estado civil		Correo electrónico			
Tipo de limitación en la actividad del beneficiario (Marque con una "x")						
Comer o moverse	Ver	Manejar	Escuchar	Hablar o comunicarse	Atención o aprendizaje	Ayuda cuidada
Otro, especifique						
Domicilio del beneficiario						
Tipo de vivienda (Av., Calle, privado, Carrado, etc.)	Nombre de vivienda		No. Exterior	No. Interior	Tipo del asentamiento humano (Col., Barrio, Ejido, etc.)	Nombre del asentamiento humano
Nombre de la localidad			Municipio o delegación		Entidad federativa	
Entre viviendas: Tipo y nombre			Descripción de la ubicación			Código postal
Datos del padre o tutor del beneficiario (Solo en caso que aplique)						
Nombre(s)	Apellido paterno		Apellido materno			
Familiaridad con el beneficiario (Marque con una "X")						
Padre	Madre	Tutor	Hermano(s)	Abuelo(s)	Sol(o)	
Otro, Especifique						
De los integrantes del hogar del beneficiario						

102



• **Estudio socioeconómico continuación**

		<small>INSTRUMENTO PARA EL DIAGNÓSTICO SOCIAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO</small> <small>DIRECCIÓN DE ATENCIÓN E INTEGRACIÓN</small> <small>SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN</small> <small>PROGRAMA SOCIAL</small>			
ESTUDIO SOCIAL CORTO					
NOMBRE:			CLASIFICACIÓN:		
EDAD:	SEXO:	EST. CIVIL:	FECHA DE ESTUDIO:		
ESCOLARIDAD:		OCUPACIÓN:		CELULAR:	
DOMICILIO:			TEL. DOMICILIO:		
UBICACIÓN ENTRE CALLES:					
ENTIDAD FEDERATIVA:			CORSO POSTAL:		
PUNTO DE REFERENCIA:					
MOTIVO DE ESTUDIO:					
NOMBRE DEL ENTREVISTADO:			PARENTESCO:		
ESTRUCTURA FAMILIAR					
MIEMBROS DE LA FAMILIA NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN ESCOLARIDAD	



• Estudio socioeconómico continuación

¿Cuántas personas viven normalmente en su vivienda?	¿Cuántas personas de su familia viven normalmente en su vivienda?	¿Cuál es el monto aproximado del ingreso mensual de la familia?
---	---	---

Trabajo, Servicio médico, Deporte y otros (Marque con una "X")							
¿Listed a algún miembro de su familia cuenta con algún apoyo del gobierno?	1	Despensa DIF	¿Tiene usted derecho a recibir servicios médicos?	1	IMSS	¿Practica algún deporte?	
	2	PROSPERA (SEDESOL)		2	ISSSTE		SI	NO
	3	LICONSA		3	ISSSTE ESTATAL	¿Cuál?	
	4	Guardería o estancias infantiles		4	PEMEX, SEDENA, SEMAR	¿Pertenece a alguna organización de la sociedad civil?	
	5	Apoyo adultos mayores		5	Seguro popular o por una nueva generación	SI	NO
	6	Madres solteras		6	Seguro privado	¿Cuál?	
	7	Otro:		7	No tiene derecho a servicios médicos	SI	NO
	8			8	Otra institución	¿Cuál?	

Cuestionario (Marque con una "X")											
Los siguientes preguntas tienen como objetivo contar con una retroalimentación del programa. Es importante resaltar que el apoyo es otorgado por el gobierno federal (IMDIF), a través de una instancia ejecutora (SEDF, SMDIF y OSC), por lo que se le solicita contestar precisa y objetivamente.											
¿Qué tipo de apoyo fue otorgado a través del programa?											
¿Cómo este tipo de apoyo contribuyó a solucionar su problema?											
¿En qué porcentaje el apoyo otorgado ha contribuido a solucionar el problema?											
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">30%</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">40%</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">50%</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">60%</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">70%</td> </tr> </table>							30%	40%	50%	60%	70%
	30%	40%	50%	60%	70%						
¿Considera que el apoyo otorgado mejora su calidad de vida?											
¿Considera que este tipo de apoyo mejora el desarrollo social del municipio, estado o país?											
¿Considera que este tipo de apoyo debe continuar?											
¿Considera que este tipo de programas que proporcionan estos apoyos son oportunos y responden a sus necesidades?											
Si requiriera este tipo de apoyos en materia de atención a personas con discapacidad ¿valdría la pena solicitarlo?											
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">SI</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">NO</td> <td colspan="3" style="text-align: right;">¿Por qué?</td> </tr> </table>							SI	NO	¿Por qué?		
	SI	NO	¿Por qué?								
Observaciones y comentarios											
<p style="font-size: small;">*Este programa es público, libre y universal. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.</p>											
<p>NOMBRE Y FIRMA DEL BENEFICIARIO: _____</p>											



• Estudio socioeconómico continuación

SITUACION ECONOMICA									
INGRESO MENSUAL					EGRESO MENSUAL				
INGRESO					EGRESO				
PAGAR					ALIMENTACION				
RENTA					RENTA O RENDIDO DE CASA				
RENTA					SERVICIOS DEL HOGAR				
RENTA					ATENCION MEDICA				
PACIENTE					EDUCACION				
OTRO					TRANSPORTE				
					RECREACION				
					VESTIDO				
TOTAL					OTROS				
					TOTAL				

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA														
TIPO DE VIVIENDA	COMPOSICION			SERVICIO			TENENCIA			TIPO DE CONSTRUCCION			SUPERFICIE CONSTRUIDA	
	TIPO	NUMERO	VALOR	SECCION	VALOR	VALOR	PROPIA	ALQUILADA	OTRA	CONCRETO	ADOBES	OTRO	INTERNAS	EXTERNAS
CASA														
APARTAMENTO														
QUINTA														
OTRO														

DATOS SIGNIFICATIVOS DE LA FAMILIA

DIAGNOSTICO Y PLAN SOCIAL

NOMBRE DE T.S. <u>RODO GONZALEZ HERNANDEZ</u>	FIRMA _____	SELLO DE DIF MUNICIPAL _____
--	----------------	---------------------------------



UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ATENCIÓN MEDICA EN REHABILITACIÓN
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/SAyFPD/DRPD/006

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS



> OBJETIVO

El Médico Rehabilitador, tiene como objetivo, mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad permanente/temporal, que habiten en el Municipio de Tlalnepantla de Baz, a través de la valoración correspondiente en la especialidad de Rehabilitación, asimismo haciendo un tratamiento de equipo disciplinario; un emisión y entrega del Certificado de Discapacidad, de la misma forma bajo su valoración y los criterios por DIFEM se expide el Certificado de Discapacidad.

> ALCANCE

- **A nivel Interno:** El siguiente procedimiento aplica a los/las servidores/as públicos de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad, al personal médico y paramédico de las UBRIS.
- **A nivel Externo:** A la población que solicite el servicio del Municipio de Tlalnepantla de Baz.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
- Ley de Asistencia Social.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano del Estado de México.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- Ley que crea los Organismos Públicos descentralizados de Asistencia Social, de carácter Municipal, denominados "Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, Tlalnepantla de Baz, México.
- Lineamientos de operación del programa de Credencial Nacional, para Personas con Discapacidad.

> RESPONSABILIDADES

Titular de la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a Personas con Discapacidad, deberá:

Supervisar el funcionamiento y servicios.

Titular de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad, deberá:

Supervisar la atención en las atenciones del médico rehabilitador; y entregar a DIFEM la información mensual de las credenciales emitidas.





Médico Rehabilitador, deberá:

Valorar clínicamente al usuario(a) y a los documentos que acrediten la discapacidad, previo pago del certificado.

Valorar clínicamente al usuario(a) tanto de primera vez y subsecuente para determinar el plan terapéutico de terapia física; canalizar a los servicios de psicología y terapia de lenguaje en caso de ameritarlo; elaborar referencias médicas interinstitucionales: prescribir órtesis y prótesis en caso de ameritarlo; y elaborar resumen clínico para entrega de apoyos funcionales.

Llevar el control de los Certificados de Discapacidad emitidos y listado de consultas de médico especialista en rehabilitación; y explicar al usuario(a) en caso de no ameritar la expedición del certificado o el ingreso al programa de Rehabilitación.

Reportar si algún equipo médico encuentra fallas o descompostura; concentrar información mensual para la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad y DIFEM; acudir a las capacitaciones convocadas por DIFEM; así como a cursos y congresos de educación médica continua relacionados con la especialidad.

Trabajador (a) Social de RBC, de las UBRIS y Auxiliar Administrativo, deberán:

Brindar información adecuada sobre los requisitos y trámite de la atención del médico rehabilitador; referir al paciente con el Médico Rehabilitador para su atención; y recibir la documentación para expedientes clínicos y resguardarlos.

Llenar formato de cédula CIPOB; así como elaborar el carnet de citas para la agenda las terapias asignadas

Cajero(a), deberá:

Realizar el cobro correspondiente al servicio en conformidad al "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF", vigente.

➤ **GLOSARIO**

- **Certificado de Discapacidad:** Documento oficial que acredita a la persona con discapacidad permanente, y que le concede un grado de discapacidad concreto mediante una exploración física, consulta de estudios clínicos y de gabinete, aplicación de pruebas específicas para cada tipo de discapacidad e Historia Clínica.
- **Discapacidad:** Es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.





- **Historial clínico:** Documento médico-legal que surge del contacto entre el profesional de la salud y el paciente.
- **Responsable del usuario(a):** Persona mayor de 18 años, responsable para los trámite y servicios que brinda la U.B.R.I.S., cuando el usuario(a) paciente es menor de edad.

➤ ACRÓNIMOS

- **DIFEM:** Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- **DRPD:** Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad.
- **IFE:** Instituto Federal Electoral.
- **INE:** Instituto Nacional Electoral.
- **RBC:** Rehabilitación Basada en la Comunidad.
- **UBRIS:** Unidad Básica de Rehabilitación e Integración Social.

➤ INSUMOS

- Formato de Certificados Médico de Discapacidad.
- Sello Institucional.
- Computadora.
- Impresora.
- Material de papelería.
- Material de oficina.

➤ RESULTADOS

- Expedir certificado médico de discapacidad.
- Referencia médica Institucional.
- Valoración Médica especialista para determinar las terapias de rehabilitación.
- Resumen Clínico.

➤ POLÍTICAS

- El horario de atención de las UBRIS, es de 8:00 a 14:00 horas.
- Para la valoración médica se atenderá a cualquier persona con discapacidad permanente que habite en el Estado de México, dando preferencia al habitante de Tlalnepantla de Baz
- La persona deberá llamar o presentarse a la UBRIS más cercana a su domicilio para solicitar una cita.
- La persona interesada deberá presentarse 15 minutos antes de la hora de su cita.
- El costo de la consulta médica de rehabilitación es establecido de en conformidad al "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF", vigente.
- Para la consulta médica deberá entregar al trabajador social la siguiente documentación:
 - ✓ CURP.
 - ✓ Acta de nacimiento.



- ✓ INE.
- ✓ Comprobante de domicilio.
- ✓ Notas medicas previas; documentación que servirá para integrar el expediente clínico por si refiere a tratamiento terapéutico.
- El usuario(a) deberá entregar el talón de pago correspondiente para la consulta médica.
- La valoración médica inicial tiene una duración aproximada de 60 minutos y la subsecuente de 45 minutos.
- El médico en rehabilitación entregará la nota médica misma que contendrá las indicaciones del tratamiento correspondiente; y se integrará al expediente clínico.
- Las citas subsecuentes con el médico rehabilitador, ya no requieren documentación, solo el pago por el servicio.
- Para la emisión del certificado médico de discapacidad se atenderá exclusivamente a la población del Municipio de Tlalnepantla de Baz; conforme a los lineamientos de DIFEM, y solo se harán excepciones si se solicita por oficio.
- El médico especialista en Rehabilitación tiene la facultad de poder negar la expedición del certificado de discapacidad, cuando el usuario(a) no cumpla con los criterios para discapacidad permanente y/o no cubra los requisitos establecidos.
- El usuario(a) podrá agendar su cita para certificado médico de Discapacidad inmediatamente si no existiera lista de espera, en caso contrario, tendrá que anotarse en lista previa.
- Los usuarios(as) que soliciten el Certificado Médico de Discapacidad por primera vez, deberán presentar los siguientes documentos:
 - ✓ Presentar original y copia de resúmenes clínicos, historial médico, hojas de diagnóstico, estudios de gabinete como RX, resonancias, electromiografías, que acrediten o sirvan de base para el certificado solicitado.
 - ✓ Presentar original y copia de acta de nacimiento.
 - ✓ Presentar original y copia de INE.
 - ✓ Presentar original y copia de CURP.
 - ✓ Presentar copia de comprobante de domicilio que tendrá que coincidir con el INE.
 - ✓ 2 fotografías tamaño infantil tamaño a color.
 - ✓ En caso de ser menor o dependiente se solicitará original y copia de INE y CURP de la madre, padre o tutor.
- Para actualización del Certificado Médico de Discapacidad, solo será necesario presentar copia del anterior con un año máximo de la emisión en vez de las notas médicas con los diagnósticos.
- El medico valora y expide el certificado previo pago de la consulta en caja por parte del usuario(a).
- El costo del certificado médico de discapacidad es establecido de conformidad al "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados del SMDIF", vigente.
- No se expedirán certificados para licencias de manejo por normatividad de DIFEM.
- Los Certificados Médicos de Discapacidad, no sustituyen al Dictamen de Discapacidad, en el caso de usuario(a)s que requieran este, deberán solicitarlo en DIFEM.



- Los certificados médicos de discapacidad que se expiden en las UBRIS se emplearán para fines administrativos (no representan un documento legal); en razón de lo anterior la expedición de certificados médicos tendrá la finalidad para solicitar lo siguiente:
 - ✓ La Credencial Nacional para Personas con Discapacidad.
 - ✓ Para trámites de: Becas escolares, apoyos funcionales, trámite para exención del programa hoy no circula ante secretaría de Movilidad.
 - ✓ Trámite de pasaporte.
- Los certificados deberán contener:
 - ✓ Nombre completo del médico especialista en rehabilitación.
 - ✓ Cédula de especialidad y serán firmados con tinta azul sobre el nombre.
- Los certificados médicos de discapacidad deberán estar debidamente foliados y sellados.
- La vigencia de los certificados médicos de discapacidad, es de un año, a partir de la fecha de emisión.
- El tiempo aproximado en la elaboración del certificado médico de discapacidad es de 30 minutos.
- El usuario(a) deberá respetar la normatividad establecida, en relación al cuidado de la salud y protección de enfermedades respiratorias u otra de cualquier tipo como la COVID-19.
- El usuario(a) deberá hacer valer el reglamento vigente, para que se pueda brindar la atención.
- El usuario(a) tiene derecho a recibir una atención médica y terapéutica adecuada, además de trato digno y respetuoso por parte del personal que labora en la UBRIS.
- El usuario(a) tiene derecho a recibir información suficiente, clara y precisa sobre su padecimiento.
- El usuario(a) tiene derecho a ser tratado con respeto y confidencialidad.
- Todo usuario(a) que reciba valoración médica deberá contar con expediente clínico y este apegarse a las Normas Oficiales Mexicanas
- El médico rehabilitador, debe ejercer la profesión de forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza; laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional; tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional; recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionando con su trabajo profesional; tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión; asociarse para proveer sus intereses profesionales; y salvaguardar su prestigio profesional.





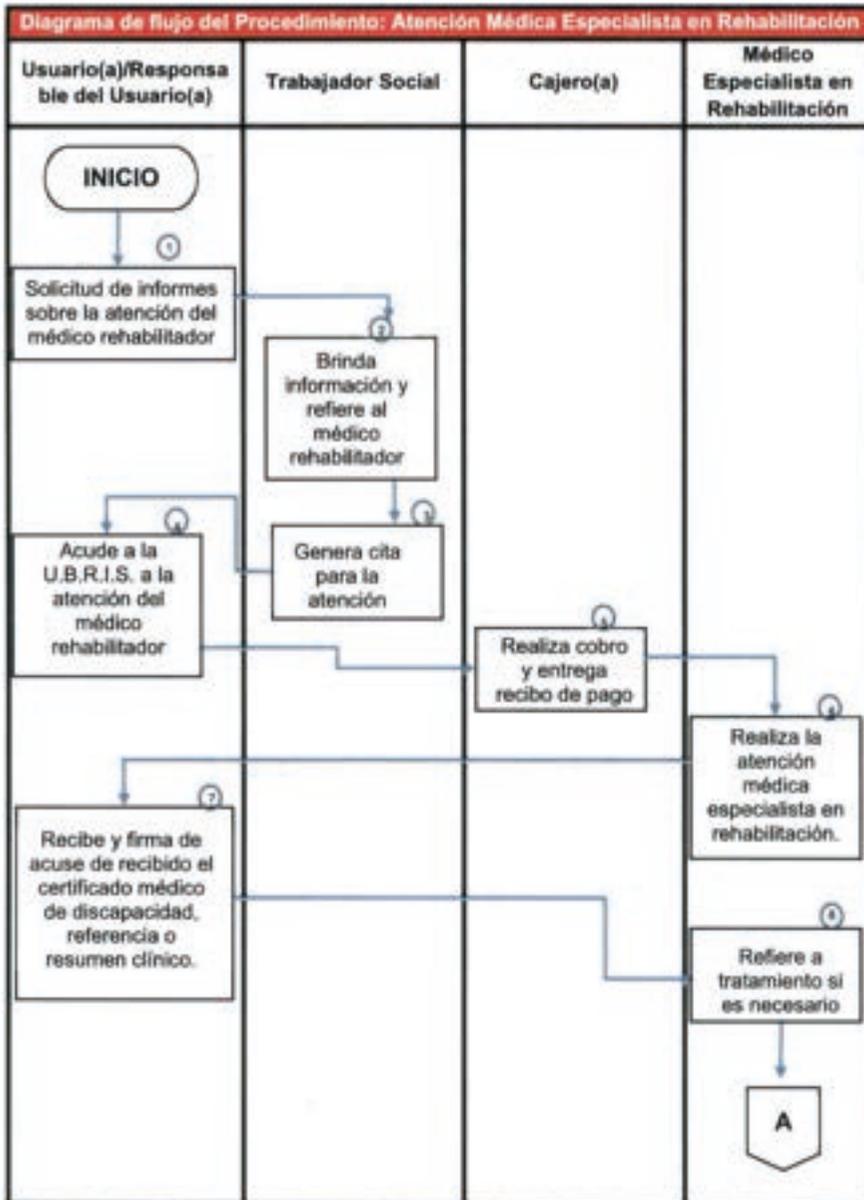
> DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

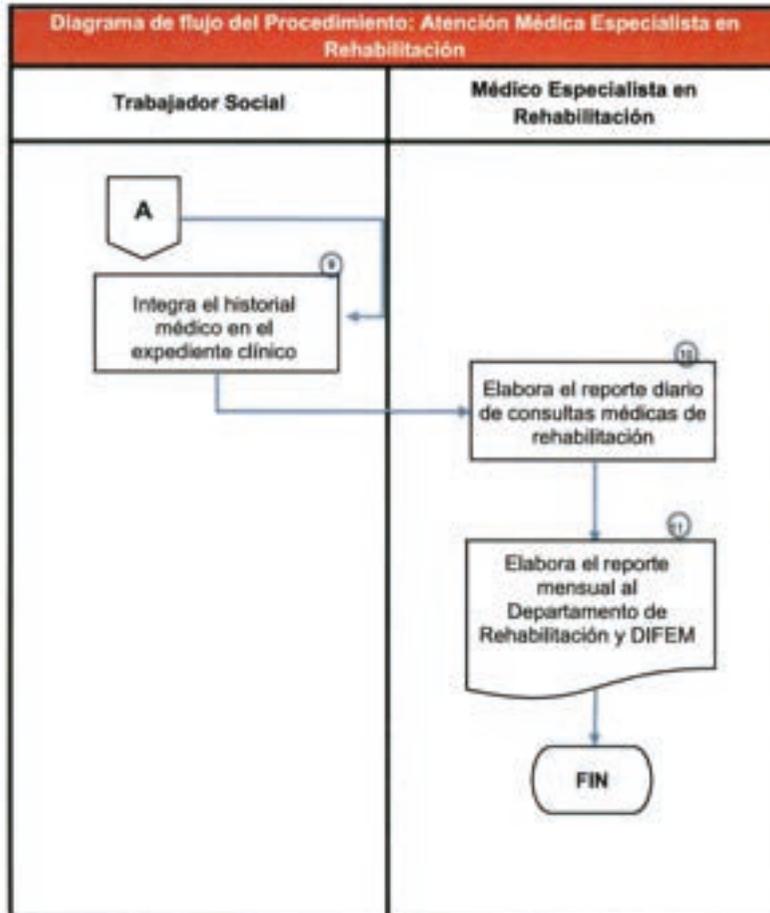
Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario(a)/Responsable del usuario(a)	1	Solicita informes sobre atención del médico rehabilitador
Trabajador(a) social	2	Brinda informes y refiere al médico rehabilitador
Trabajador(a) social	3	Genera cita para la atención.
Usuario(a)/Responsable del usuario(a)	4	Acude a la UBRIS a la atención del médico rehabilitador.
Cajero(a)	5	Realiza el cobro y entrega recibo.
Médico Rehabilitador	6	Realiza la atención Médica Especialista en Rehabilitación.
Usuario(a)/Responsable del usuario(a)	7	Recibe y firma de acuse de recibido el certificado médico de discapacidad, referencia o resumen clínico, de acuerdo al servicio requerido por el usuario(a)(a).
Médico Rehabilitador	8	Refiere a tratamiento si es necesario.
Trabajador Social	9	Integra el historial médico en el expediente clínico
Médico Rehabilitador	10	Elabora el reporte diario de consultas médicas de rehabilitación
Médico Rehabilitador	11	Elabora reporte mensual a Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad y DIFEM.
FIN		





> DIAGRAMA DE FLUJO







> **FORMATOS**

- **Certificado Médico de Discapacidad**

SALUD | SINDIF | GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA **CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD PEDIÁTRICO**

Centro de Rehabilitación: _____
 No. de folio: _____ No. de expediente: _____ Fecha de expedición: _____

FIJACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____
 CURP: _____ Sexo: _____ Edad: _____
 Entidad de nacimiento: _____ Teléfono de contacto: _____
 Estado de nacimiento: _____ Municipio de nacimiento: _____
 Nombre del padre: _____
 Edad: _____ Profesión: _____ Escolaridad: _____

DIAGNÓSTICO DEL MENOR CON DISCAPACIDAD

Tipo de entidad: _____ Dirección de entidad: _____
 No. anterior: _____ No. anterior: _____ Colonia: _____
 C.P.: _____ Municipio: _____ Entidad de residencia: _____

FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD

CONDICIÓN DE SALUD

Historia clínica: _____
 Diagnóstico principal: _____ Código ICD-10: _____
 Diagnóstico ampliado: _____

DEFICIENCIAS EN FUNCIONES CORPORALES (A)

Deficiencias o alteraciones significativas a partir de las funciones psicológicas, incluyendo las perceptivas. Puede seleccionarse más de una.

FUNCIONES CORPORALES	Grado de deficiencia
Memoria (atención, memoria, juicio, afecto y cognición) (0110-0190)	Grado de deficiencia
Sensoriales y del dolor (0210-0290)	
La voz y el habla (0310-0390)	
Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio (0410-0490)	
Sistema digestivo, metabólico y endocrino (0510-0590)	
Desarrollos y reproductivos (0610-0690)	
Neuromusculoesqueléticas y del movimiento (0710-0790)	
Red y estructuras relacionadas (0810-0890)	

DEFICIENCIAS EN ESTRUCTURAS CORPORALES (B)

Deficiencias o alteraciones significativas a partir de las partes anatómicas. Puede seleccionarse más de una.

ESTRUCTURAS CORPORALES	Grado de deficiencia
Sistema nervioso (0110-0190)	Grado de deficiencia
Ojo, oído y estructuras relacionadas (0210-0290)	
Tronco y miembros superiores (0310-0390)	
Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio (0410-0490)	
Sistema digestivo, metabólico y endocrino (0510-0590)	
Desarrollos y reproductivos (0610-0690)	
Relacionadas con el movimiento (0710-0790)	
Red y estructuras relacionadas (0810-0890)	

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN



• Referencia Médica



REFERENCIA DE PACIENTES SOLICITUD
DE ATENCIÓN MÉDICA



DIRECCIÓN DE OPERACIÓN, EFATUNA DE SALUD COMUNITARIA, COORDINACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO-MEDICINA
COORDINADOR SOCIAL COMUNITARIA

NOMBRE		UNIDAD QUE ENVÍA	
EDAD	SEXO	NIVEL DE ATENCIÓN	
DOMICILIO		UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA	
COLONIA		SERVIDOR QUE ENVÍA	
LOCALIDAD		SERVIDOR AL QUE SE ENVÍA	
MUNICIPIO		FECHA Y HORA DEL ENVÍO	
RESUMEN CLÍNICO		PESO:	F.C:
		T.A.:	F.R:
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA			
TERAPEUTICA EMPLEADA			
CONDICIONES DE TRASLADO			
NOMBRE DEL MÉDICO		FIRMA	



• **Historial Clínico**

	
GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA GOBIERNO MUNICIPAL DE TLAXCALTILLA DE 942 DEPARTAMENTO DE SALUD Y SEGURIDAD DEPARTAMENTO DE SALUD Y SEGURIDAD	
HISTORIA CLINICA	
NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ C.E.: _____	FECHA: _____ HORA: _____ LUGAR: _____
MOTIVO DE CONSULTA: _____ ANTECEDENTES: _____ EXAMEN FÍSICO: _____ EXAMEN DE LABORATORIO: _____	

SIGNOS VITALES: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____

SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____
--

SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____
--

SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____
--

SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____					
EXAMEN DE LABORATORIO					
HEMOGLOBINA: _____ HEMATOCRITO: _____ LEUCOCITOS: _____ PLACQUETS: _____ PLASMA: _____ URINA: _____	HEMOGLOBINA: _____ HEMATOCRITO: _____ LEUCOCITOS: _____ PLACQUETS: _____ PLASMA: _____ URINA: _____	HEMOGLOBINA: _____ HEMATOCRITO: _____ LEUCOCITOS: _____ PLACQUETS: _____ PLASMA: _____ URINA: _____	HEMOGLOBINA: _____ HEMATOCRITO: _____ LEUCOCITOS: _____ PLACQUETS: _____ PLASMA: _____ URINA: _____	HEMOGLOBINA: _____ HEMATOCRITO: _____ LEUCOCITOS: _____ PLACQUETS: _____ PLASMA: _____ URINA: _____	HEMOGLOBINA: _____ HEMATOCRITO: _____ LEUCOCITOS: _____ PLACQUETS: _____ PLASMA: _____ URINA: _____
SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____					

SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____
--

SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____
--

SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____
--

SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____
--

SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____ SIGNOS DE VITALIDAD: _____
--



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad	Resguardataria de la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a Personas con Discapacidad	Titular de la Dirección General





UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CLASES DE MOVILIDAD, BRAILLE Y LSM
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/SAyFPD/DRPD/007

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS



> OBJETIVO

Mejorar la calidad de vida y favorecer la igualdad de oportunidades; así como la inclusión social de las personas débiles visuales, invidentes y población en general que solicite el servicio.

> ALCANCE

- **A nivel Interno:** El siguiente procedimiento aplica a los/las servidores/as públicos de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad, al personal médico y paramédico de las UBRIS
- **A nivel Externo:** Aplica a la población que solicite el servicio del Municipio de Tlalnequintla de Baz.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
- Ley de Asistencia Social.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano del Estado de México.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- Ley que crea los Organismos Públicos descentralizados de Asistencia Social, de carácter Municipal, denominados "Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, Tlalnequintla de Baz. México.

> RESPONSABILIDADES

Titular de la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a Personas con Discapacidad, deberá:

Supervisar el funcionamiento y servicios de las U.B.R.I.S.

Titular de la Jefatura del Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad, deberá:

Coordinar, administrar y supervisar los recursos humanos, materiales y económicos de las clases de LSM, Orientación, Movilidad y Braille; la ejecución de las clases de Orientación; así como las acciones dirigidas a la difusión y desarrollo de las clases.

Supervisar que las sedes donde se impartan las clases de Braille y movilidad cuenten con el material necesario para llevar a cabo sus labores y concentrar la información mensual de las clases de Braille y movilidad; y Otorgar los reconocimientos de los cursos.





Personal responsable de la impartición del Curso de LSM, Braille y Movilidad, deberá:

Diseñar un programa de enseñanza que contenga los objetivos a alcanzar para obtener la constancia de participación, correspondiente a cada nivel de aprendizaje; y realizar acciones de difusión y promoción de las clases de Orientación, Movilidad y Braille.

Integrar expedientes con la documentación de cada alumno(a); Llevar el control de alumnos(as) mediante listas de asistencia por sede y por clase; asimismo establecer grupos de débiles visuales, invidentes y población abierta, para la enseñanza de orientación, movilidad.

Concentrar información mensual correspondiente a las clases de Orientación, Movilidad y Braille; evaluar a los alumnos mediante exámenes de lectura y escritura de braille; así como exámenes prácticos de movilidad.

Trabajo social y Auxiliar Administrativo de Unidades de Rehabilitación para Personas con Discapacidad, deberá:

Brindar información al usuario(a) sobre el curso de Orientación, movilidad y braille; requisitos, horarios y sedes; integrar al usuario(a) a los grupos que se encuentran en el SMDIF; así como realizar el trámite necesario para la expedición y entrega de constancias de participación.

➤ **GLOSARIO**

- **Bastón blanco:** Es una vara ligera y alargada que identifica a las personas ciegas y les sirve de guía para desplazarse de manera autónoma por la vía pública. Esta herramienta tiene tres características básicas: distintivo, protección e información. Los bastones suelen tener una empuñadura de goma y en la parte inferior una puntilla metálica rodante. Existen modelos plegables o rígidos.
- **Braille:** Sistema de comunicación por puntos de manera o superficie con relieve, utilizado por las personas con discapacidad visual.
- **Débil visual o ciego:** Es una diversidad funcional de tipo sensorial que consiste en la pérdida total o parcial del sentido de la vista.
- **Discapacidad:** Limitación que presentan algunas personas al momento de llevar a cabo determinadas actividades y que puede estar provocada por una deficiencia física o psíquica.
- **Discapacidad auditiva:** Pérdida de audición superior a 25 decibeles, donde se incluye la hipoacusia, sordera y sordera profesional.
- **Kit de Braille:** Herramientas que permiten el aprendizaje de Braille.
- **Programa de Ayudas Funcionales:** Programa de DIF del Estado de México que, consiste en la donación de aparatos funcionales como silla de ruedas, andaderas, bastones, auxiliar auditivo, prótesis, ortesis, etc.,.
- **Movilidad:** Capacidad de una persona de desplazarse de forma autónoma, sin necesidad de ayuda externa.



- **Punzón:** Es una herramienta de acero de alta dureza, de forma cilíndrica, con un extremo con una punta aguda o una que al presionar o percutir sobre papel queda impresa en relieve.

➤ ACRÓNIMOS

- **DIFEM:** Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- **DRPD:** A la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad.
- **INE:** Instituto Nacional Electoral
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlaxcala de Baz.
- **LSM:** Lengua de Señas Mexicanas.
- **UBRIS** Unidad Básica de Rehabilitación e Integración Social.

➤ INSUMOS

- Material de Braille: regleta, Punzón, Hojas.
- Material de Papelería.
- Bastón blanco.
- Antifaz.
- Abaco para invidentes.
- Lista de Asistencia.
- Vehículo con Gasolina.
- Pizarrón.
- Marcadores.
- Impreso de diccionario de LSM.

➤ RESULTADOS

Brindar clases que permitan a la persona usuaria su comunicación, inclusión y una vida independiente.

➤ POLÍTICAS

- Se atenderá a cualquier persona con o sin discapacidad que muestre interés en el aprendizaje de braille, con el objetivo de difundir y crear redes entorno a la discapacidad.
- Los usuarios(as) que deseen tomar las clases de LSM, Orientación, Movilidad y Braille deberán entregar la siguiente documentación:
 - ✓ **Las personas débiles visuales y/o ciegas:** Original de certificado médico que acredite la discapacidad.
 - ✓ **Población abierta y personas con discapacidad:** Copia de INE, en caso de menores de edad, INE de padre o tutor, acta de nacimiento y comprobante de domicilio.





- El responsable del curso acudirá a impartir el curso de LSM, Orientación, Movilidad y Braille a aquellas escuelas donde sea necesario por la importancia de usuario(a)s y beneficiarios con los que se cuentan (profesores que están a cargo de grupos de alumnos con discapacidad), siempre y cuando se establezca un acuerdo de colaboración.
- El curso de LSM, Orientación, Movilidad y Braille no tiene ningún costo.
- El usuario(a) debe llevar el material requerido para el curso.
- Los usuarios débiles visuales y/o ciegos que habiten en el municipio de Tlalnepantla de Baz, podrán tramitar el Kit de Braille mediante el programa de Ayudas funcionales, cubriendo los requisitos necesarios.
- Las personas con discapacidad que habiten en el municipio de Tlalnepantla de Baz, podrán tramitar auxiliares auditivos, mediante el programa de Ayudas funcionales, cubriendo los requisitos necesarios.
- El curso tiene una duración indefinida, dependiendo de los avances de cada usuario(a).
- El usuario(a) deberá respetar la normatividad establecida en relación al cuidado de la salud y protección de enfermedades respiratorias u otra de cualquier tipo como la COVID-19
- El usuario(a) deberá hacer valer el reglamento vigente para que se pueda brindar la atención.





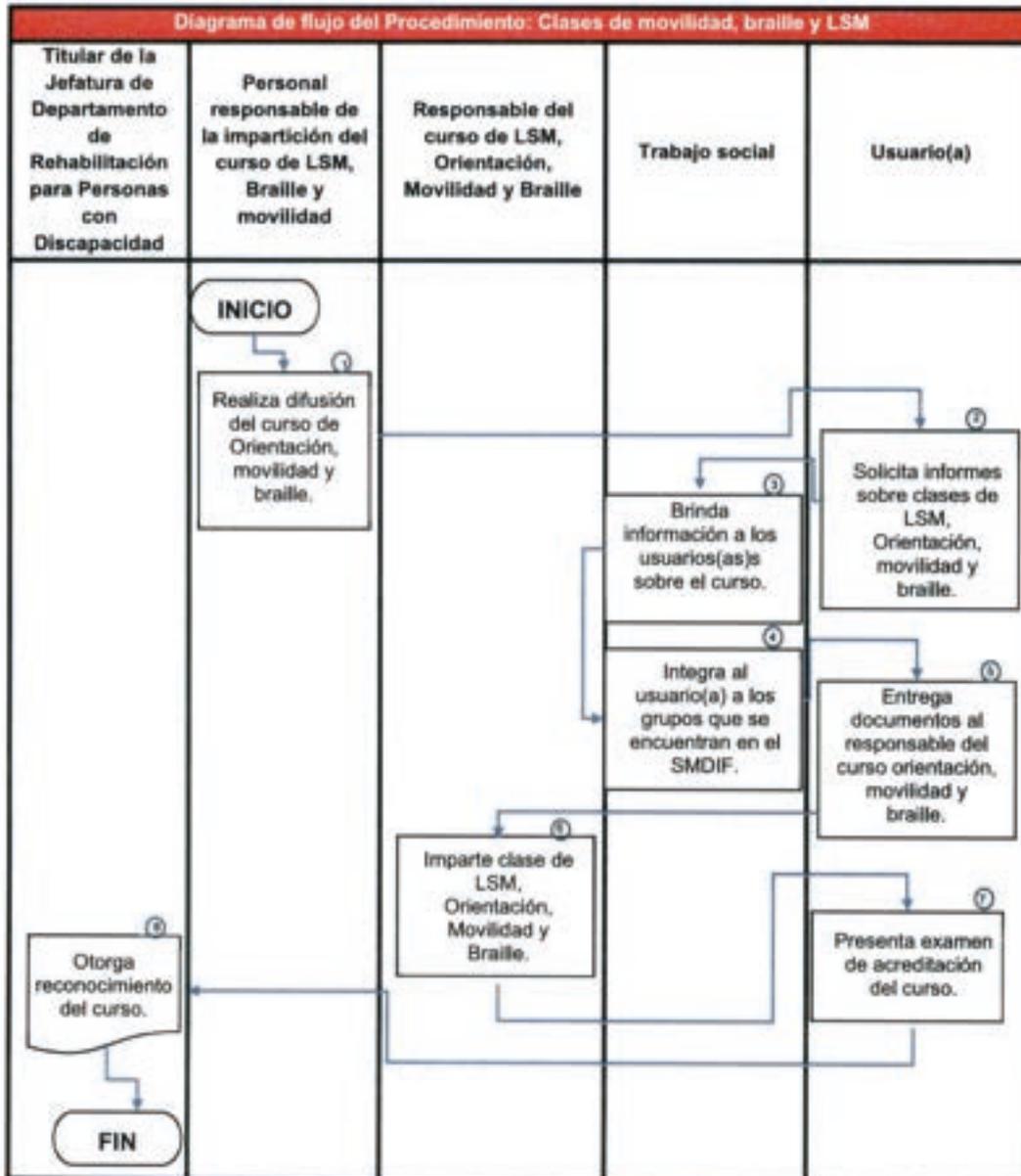
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Personal responsable de la impartición del curso de LSM, Braille y movilidad	1	Realiza difusión del curso de Orientación, movilidad y braille.
Usuario(a)	2	Solicita informes sobre clases de LSM, Orientación, movilidad y braille.
Trabajo social	3	Brinda información a los usuarios(as) sobre el curso de orientación, movilidad y braille.
Trabajo social	4	Integra al usuario(a) a los grupos que se encuentran en el SMDIF.
Usuario(a)	5	Entrega documentos al responsable del curso orientación, movilidad y braille.
Responsable del curso de LSM, Orientación, Movilidad y Braille	6	Imparte clase de LSM, Orientación, Movilidad y Braille.
Usuario(a)	7	Presenta examen de acreditación del curso.
Titular de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad	8	Otorga reconocimiento del curso.
FIN		





> DIAGRAMA DE FLUJO



126



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNABUATLA DE BAX
2021-2024



➤ **FORMATOS**

- **Lista de asistencia de movilidad y braille**



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNABUATLA DE BAX
2021-2024



DEPARTAMENTO DE REHABILITACION
PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

MOVILIDAD Y BRAILLE

LISTA DE ASISTENCIA

UNIDAD URBES / LUGAR: _____

FECHA: _____ TEMA: _____

DIPARTO: BRAULIO SAUCEDO FLORES N° EMPLEADO: 1804

MODALIDAD: _____

NUMERO	SEXO	NOMBRE	FIRMA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			

OBSERVACIONES: _____

FIRMA Y SELLO DE LA UNIDAD



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAINEPANTLA DE BAZ
2023-2024



• **Lista de asistencia de LSM**



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAINEPANTLA DE BAZ
2023-2024

DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS
PERSONAS CON DISCAPACIDAD



**LENGUA DE SEÑAS MEXICANA (LSM)
LISTA DE ASISTENCIA**

UNIDAD USUO: _____
 TEMAS: _____
 MODALIDAD PRESENCIAL
 UNIDAD: LAN CONCEPCION PABLO GARCIA No. EMPLEADO: 4108

No.	SEXO	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	DIA	HORARIO	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

OBSERVACIONES: _____

FIRMA Y SELLO DE LA UNIDAD

SEXO: Masculino o Femenino
 DIA: (DOWMEAAA)

128



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad	Resguardataria de la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a Personas con Discapacidad	Titular de la Dirección General



III. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN E INCLUSIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CECAIN)

UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DEL CECAIN
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VINCULACIÓN LABORAL
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/SAyFPD/DCCILPD/001

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS





> OBJETIVO

Lograr la inclusión de las personas con discapacidad, a través, de la vinculación laboral en actividades productivas, mediante la coordinación de instancias del sector público, privado y social; a fin de lograr de manera eficiente su incorporación al ámbito laboral y su desarrollo humano.

> ALCANCE

Aplica a la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a la Discapacidad, a través, del Centro de Capacitación e Inclusión Laboral para Personas con Discapacidad (CECAIN), al responsable de vinculación laboral y psicología; así como a la población que lo solicite el servicio.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
- Ley General de Educación.
- Ley General de Salud.
- Ley Federal del Trabajo.
- Ley de Asistencia Social.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- Ley que crea a los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, Denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 "Del Expediente Clínico".
- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, México.

> RESPONSABILIDADES

STyPS, deberá:

Realiza Prueba de habilidades VALPAR y entrega resultados a la jefatura de Departamento del CECAIN.

Titular de la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a la Discapacidad, deberá:

Dirigir y supervisar el funcionamiento y servicio de vinculación laboral para personas con discapacidad.





Titular de la Jefatura del Departamento del CECAIN, deberá:

Coordinar, administrar y supervisar los recursos humanos, materiales, económicos y de equipamiento de la Jefatura de Departamento del CECAIN y de los módulos de Integración social; asimismo supervisar los servicios relacionados con la vinculación laboral.

Gestionar con el sector público y privado la apertura y disponibilidad de vacantes, para personas con discapacidad, beneficiarias de la capacitación y adiestramiento que brinda el CECAIN; así como con el Gobierno del Estado de México, para la realización de acciones para fomentar el empleo y autoempleo.

Responsable de Vinculación Laboral para Personas con Discapacidad, deberá:

Planear, organizar y ejecutar acciones para la inclusión laboral de personas con discapacidad; y ejecutar acciones para fomentar el empleo y autoempleo a personas con discapacidad, derivadas de las firmas de convenios con el Gobierno del Estado de México.

Enviar carta de presentación del CECAIN a empresas; así como el ofrecimiento de pláticas para sensibilizar a la población en general sobre la importancia de integrar social y laboralmente a personas con discapacidad.

Planear, organizar y ejecutar los servicios que se ofrecen para la integración laboral de Personas con Discapacidad, en el ámbito de sus atribuciones; y organizar e impartir pláticas de inducción laboral a usuarios(a) del CECAIN.

Gestionar mediante visitas con empresas la apertura y disponibilidad de vacantes para personas con discapacidad; elaborar un análisis y descripción de puestos para lograr espacios para la inclusión laboral de personas con discapacidad en las empresas; ofrecer alternativas laborales acordes al perfil y habilidades del usuario(a), con la finalidad de canalizar al usuario(a) a la empresa con carta de presentación y agradecimiento.

Entrevistar e iniciar el expediente del usuario(a) que solicita ingresar al programa y canalizar al candidato al módulo de integración social para ver sus habilidades para direccionar al área de empleo o autoempleo.

Dar seguimiento a las personas con discapacidad beneficiadas por la Jefatura de Departamento del CECAIN, que han sido contratadas en empresas; así como realizar y entregar reporte mensual sobre los resultados y avances a la Jefatura de Departamento del CECAIN.

Responsable de Psicología, deberá:

Coordinar acciones para la inclusión educativa, social, recreativa y laboralmente a Personas con Discapacidad; asimismo promover acciones para el respeto a los Derechos Humanos de personas con discapacidad.





Evaluar el perfil laboral de las personas con discapacidad y canalizar al usuario(a) con el responsable de vinculación laboral para la acción pertinente y/o para su pronta inclusión laboral.

Realizar pláticas y talleres para sensibilizar a la población en general sobre la importancia de integración social, educativa, recreativa y laboralmente a personas con discapacidad; así como mantener comunicación y coordinación directa con el responsable de vinculación laboral para elaborar los reportes y entrega correspondientes a sus actividades.

Recepcionista, deberá:

Realizar las funciones de recepción, atención y orientación inicial a las personas con discapacidad y/o familiares; así como apoyar al personal de la Jefatura de Departamento del CECAIN en las labores administrativas que requiera.

Empresa, deberá:

Decidir la contratación del usuario(a) para el empleo.

➤ **GLOSARIO:**

- **Canalización:** Dirigir al usuario(a) que solicitan el servicio de inclusión laboral, mediante un oficio para tal fin; el cual puede ser para aplicación de prueba de habilidades o para la empresa viable para su inclusión laboral.
- **Carta de Presentación:** Documento que se le entrega al usuario(a) para que lo presente a la empresa donde se canaliza para su inclusión laboral.
- **Discapacidad:** Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que, refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.
- **Evaluaciones Psicoeducativas:** Aplicación de Pruebas Psicométricas, Pruebas de Evaluación Intelectual y Pruebas Proyectivas.
- **Evaluación Psicométrica:** Evalúa las habilidades de conocimiento, desempeño, rasgos de personalidad, actitudes, potencial laboral y potencial académico.
- **Evaluación de Inteligencia:** Se evalúa si la persona tiene discapacidad intelectual y en caso de ser así, el grado de esta.
- **Pruebas Proyectivas:** Sirven para evaluar el área emocional de las personas.
- **Perfil Laboral:** Es la descripción clara del conjunto de capacidades y competencias que identifican la formación de una persona, para encarar responsablemente las funciones y tareas de una determinada profesión o trabajo.
- **Prueba VALPAR:** La evaluación profesional constituye un proceso cuya meta es facilitar la transición de la escuela a la vida adulta y la integración de las Personas con





Discapacidad. Con esta evaluación se identifican las necesidades, habilidades funcionales, aptitudes, logros, e intereses.

- **Usuario(a):** Persona con y/o sin discapacidad que solicita el servicio de integración laboral en CECAIN.

> ACRÓNIMOS

- **CECAIN:** Centro de Capacitación e Inclusión Laboral para Personas con Discapacidad.
- **CURP:** Clave Única de Registro de Población.
- **INE:** A la Credencial que expide el "Instituto Nacional Electoral".
- **PcD:** Persona con Discapacidad
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia
- **STyPS:** Secretaría del Trabajo y Previsión Social
- **VALPAR:** Evaluación profesional para Personas con Discapacidad.

> INSUMOS

- Pruebas psicométricas.
- Formatos correspondientes al procedimiento.
- Papelería.
- Formato de solicitud pruebas VALPAR.
- Formato de entrevista.
- Carta a empresas y de pláticas de sensibilización.

> RESULTADOS

Contratación de las personas con discapacidad en instancias del sector público, privado y social.

> POLÍTICAS

- La vinculación laboral será totalmente gratuita.
- Para que se brinde el servicio, el usuario(a) requiere presentar la documentación de identidad completa para iniciar el proceso de vinculación laboral:
 - ✓ CURP.
 - ✓ INE.
 - ✓ Acta de nacimiento.
 - ✓ Comprobante domicilio.
 - ✓ Comprobante de último grado de estudios.
 - ✓ Una fotografía tamaño infantil.
- El usuario(a) deberá presentar certificado médico que acredite la discapacidad y un comprobante de domicilio con vigencia no mayor a 3 meses.
- La apertura de vacantes para personas con discapacidad está sujeta a disponibilidad de las empresas contratantes.



- La Jefatura de Departamento del CECAIN, emitirá una carta de presentación al usuario(a) para los efectos de entrevista laboral y los correspondientes de la empresa.
- Las personas con discapacidad que, sean incorporadas en el sector laboral, serán sujetas a un seguimiento posterior al mismo por un periodo de 6 meses, pasado este periodo, es responsabilidad del usuario(a) y de la empresa dar seguimiento al desempeño del mismo.
- El procedimiento consiste en la gestión de integrar laboralmente a la persona con discapacidad, en ningún momento garantiza la inserción laboral de forma inmediata.
- La Jefatura de Departamento del CECAIN, realizará la solicitud de la prueba VALPAR, por vía telefónica, a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- El usuario(a) deberá acudir a la cita para su prueba VALPAR.
- La Secretaría del Trabajo y Previsión Social hace de entrega, vía correo electrónico, a la Jefatura de Departamento del CECAIN el resultado de la prueba.
- El usuario(a) puede solicitar el resultado de su prueba VALPAR, si así lo desea.





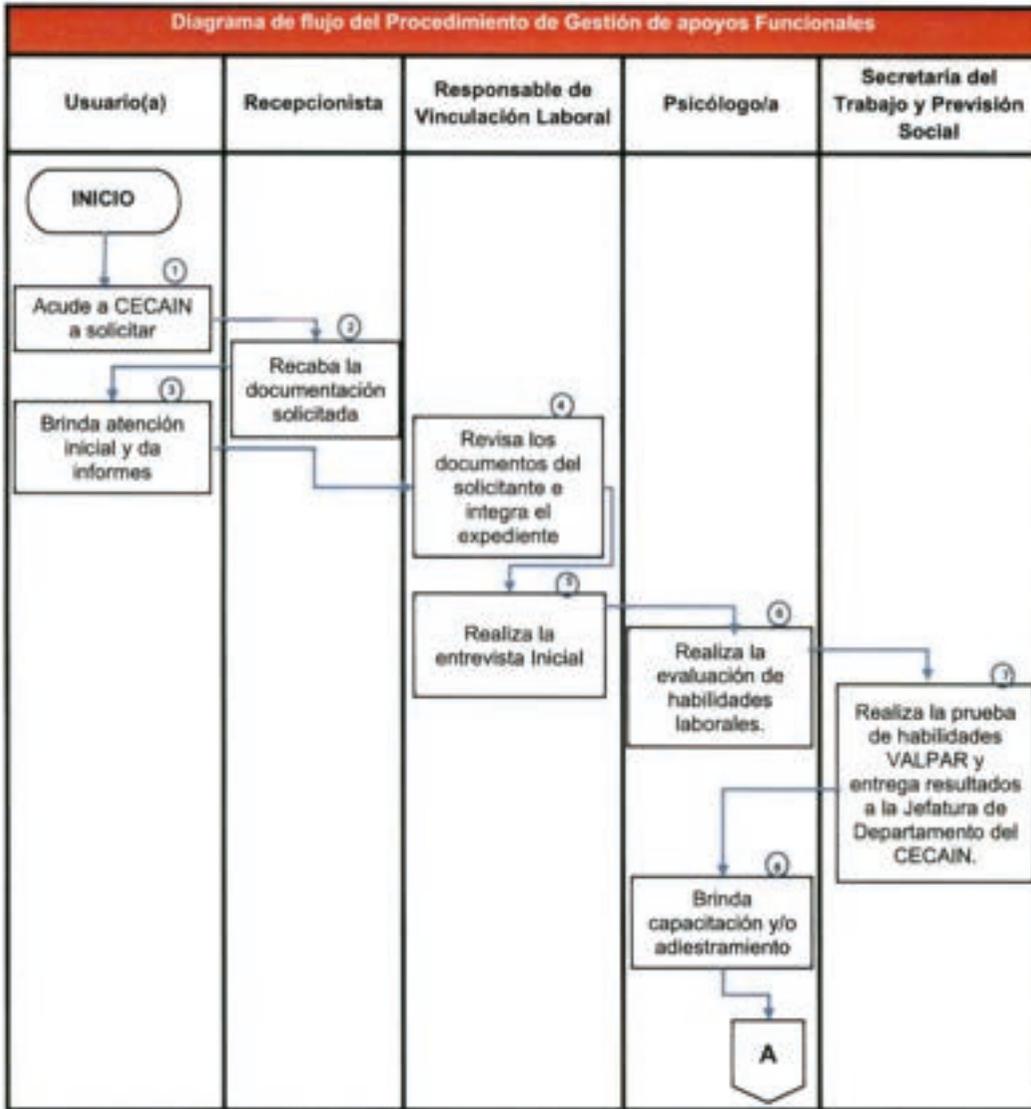
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

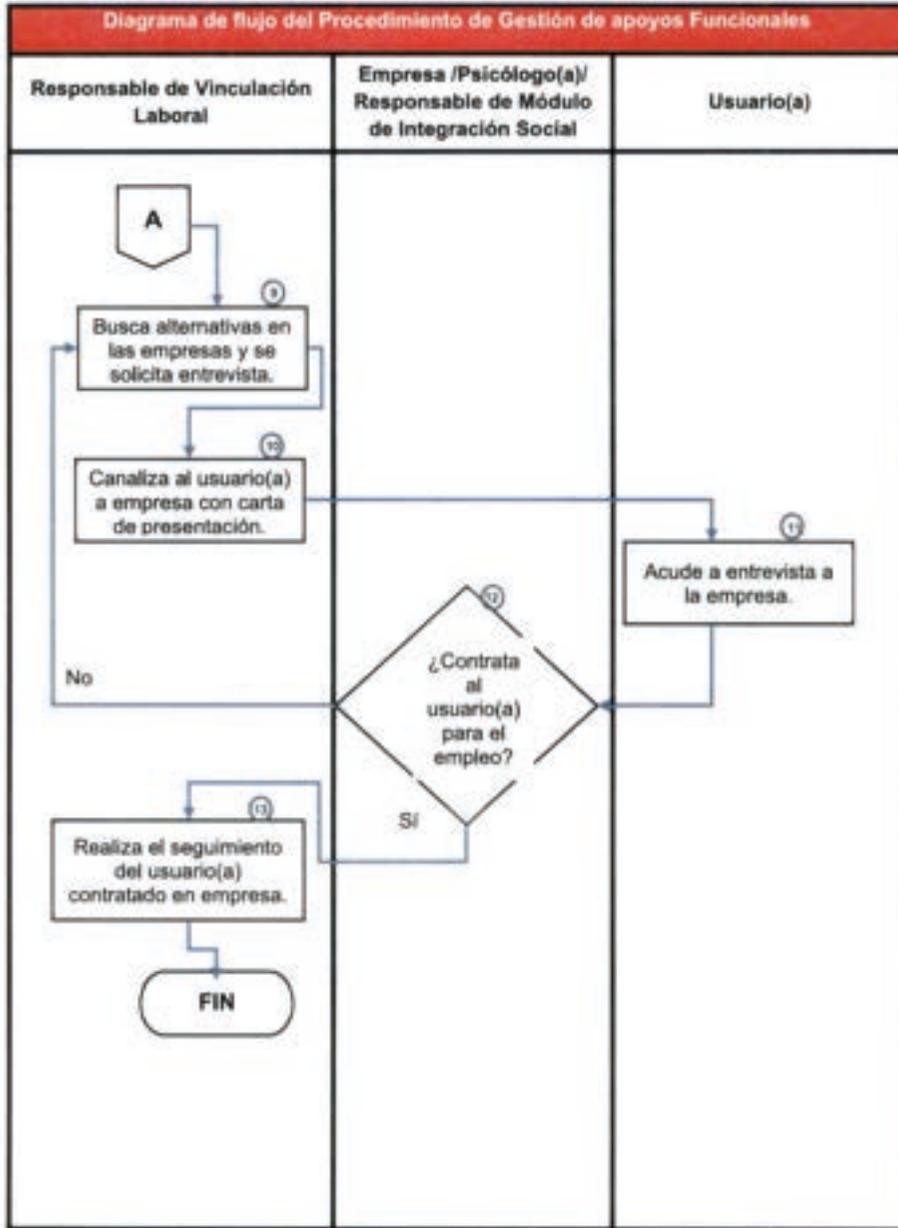
Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario(a)	1	Acude a la Jefatura de Departamento del CECAIN a solicitar informes.
Recepcionista	2	Brinda atención inicial y da informes.
Usuario(a)	3	Recaba la documentación solicitada
Responsable de Vinculación Laboral para PcD	4	Revisa que el solicitante cumpla con los documentos e integra el expediente.
Responsable de Vinculación Laboral para PcD	5	Realiza la entrevista inicial y canaliza al módulo de integración social.
Psicólogo(a)	6	Realiza la evaluación de habilidades laborales.
STPS	7	Realiza la prueba de habilidades VALPAR y entrega resultados a la Jefatura de Departamento del CECAIN.
Psicólogo (a)	8	Con los resultados obtenidos, se determina si la persona con discapacidad es candidato para la inclusión laboral formal o no.
Responsable de Vinculación Laboral para PcD	9	Busca alternativas en las empresas y se solicita entrevista.
Responsable de Vinculación Laboral para PcD	10	Canaliza al usuario(a) a empresa con carta de presentación.
Usuario(a)	11	Acude a entrevista a la empresa.
Empresa /Psicólogo(a)/ Responsable de Módulo de Integración Social	12	Decide si contrata al usuario(a) para el empleo.
Responsable de Vinculación Laboral para PcD	13	Realiza el seguimiento del usuario(a) contratado en empresa.
FIN		





> DIAGRAMA DE FLUJO





138





> **FORMATOS**

• **Entrevista**



CENTRO DE CAPACITACIÓN E INCLUSIÓN LABORAL
PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

No. DE EXPEDIENTE

ENTREVISTA



FECHA:

DATOS GENERALES:

DIAGNOSTICO: USO DE AYUDA SI NO CUAL?

EDAD: TELEFONO:

CURP: LUGAR DE NACIMIENTO:

AREA DE REFERENCIA: ESTADO CIVIL:

DIRECCION:

LBH





Entrevista continuación



CENTRO DE CAPACITACIÓN E INCLUSIÓN LABORAL
PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

REFERENCIA (CROQUIS)

CAPACITACIÓN	CURSOS / TALLER	INTEGRACIÓN LABORAL	OTROS

ESCOLARIDAD (COMPROBABLE):

SITUACIÓN CLÍNICA / CAUSA DE DISCAPACIDAD:

EVOLUCIÓN:

BÁSICAS (MOVIMIENTOS FUNCIONALES):

DESPLAZAMIENTO: OBSERVACIONES:	SI	NO
TRANSFERENCIA (SILLA DE RUEDAS, ANDADERA, BASTÓN, OTROS)	SI	NO

LBH



140



• Entrevista continuación



CENTRO DE CAPACITACIÓN E INCLUSIÓN LABORAL
PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

EXPERIENCIA LABORAL:

PERIODO	EMPRESA / INSTITUCIÓN	PUESTO DESEMPEÑADO	MOTIVO DE SEPARACIÓN	SUELDO

EXPECTATIVA LABORAL Y/O CURSO / TALLER / CAPACITACIÓN:

¿QUÉ REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE?

OBSERVACIONES GENERALES:

ACUERDOS Y SEGUIMIENTOS

--

LBH





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Lic. Alejandra Gisela Cornelio Delgado	Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento del CECAIN	Resguardataria de la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a Personas con Discapacidad	Titular de la Dirección General





UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DEL CECAIN
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CURSOS Y TALLERES PARA EL AUTOEMPLEO
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/SAyFPD/DCCILPD/002

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS



> OBJETIVO

Impartir cursos y talleres productivos, para personas con discapacidad, mediante la coordinación de instancias del sector público, privado y social, a fin de lograr de manera eficiente una capacitación para auto emplearse o para el ámbito laboral.

> ALCANCE

Aplica a la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a la Discapacidad a través de la Jefatura de Departamento del Centro de Capacitación e Inclusión Laboral para Personas con Discapacidad (CECAIN); a los capacitadores(as) e instructores(as) laborales; así como a la población que solicite el servicio.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- Convención de Derechos Humanos sobre los derechos de las Personas con Discapacidad.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
- Ley para la Inclusión de las personas en situación de Discapacidad del Estado de México.
- Ley General de Educación.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, México.

> RESPONSABILIDADES

Titular de la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a la Discapacidad, deberá:
Dirigir, coordinar y administrar los recursos humanos, materiales, económicos y del equipamiento de la Jefatura de Departamento del CECAIN; así como dirigir y supervisar el funcionamiento y servicios de los instructores(as) y capacitadores(as).

Titular de la Jefatura de Departamento del CECAIN, deberá:
Planear, coordinar, ejecutar y supervisar los cursos y talleres para el autoempleo, la recreación y la cultura para las personas con discapacidad y de sus familias.

Revisar la contratación de los instructores(as) y capacitadores(a), para que impartan los talleres y/o cursos correspondientes a sus habilidades en el CECAIN; asimismo verificar que los talleres y/o cursos a impartir se lleven en tiempo y forma, y que esto den los resultados esperados en los objetivos.





Gestionar cursos, materiales, y todo aquello que sea parte de un instrumento necesario para el desarrollo de los talleres y/o cursos; así como realizar y coordinar evento de clausura al término de cada curso y/o taller.

Responsable de Vinculación Laboral, deberá:

Planear, organizar y ejecutar acciones para la inclusión laboral de personas con discapacidad, en el ámbito de sus atribuciones.

Organizar e impartir pláticas de inclusión laboral y autoempleo a usuario(a)s del CECAIN; y conformar los grupos de PcD, para realizar los cursos y talleres de capacitación y adiestramiento laboral, con la autorización de la persona titular de la Jefatura de Departamento del CECAIN.

Instructores(as) y/o Capacitadores(as), deberán:

Desarrollar programas de los cursos y/o actividades que impartirán, para la capacitación y adiestramiento para el empleo o autoempleo de PcD; y planear, organizar, ejecutar y dar seguimiento a estrategias para la capacitación y adiestramiento para el empleo o autoempleo.

Brindar cursos y/o talleres de capacitación y adiestramiento laboral a PcD que acuden al CECAIN; observar el avance individual en la capacitación y adiestramiento de PcD e informar al responsable de vinculación laboral; asimismo llevar el control de registro de asistencia al iniciar sus clases y estar al tanto de que vayan al corriente en sus cuotas.

Cuidar y mantener en buen estado las áreas de trabajo, así como los equipos e insumos; realizar la entrega de estos al finalizar cada clase; y reportar cualquier anomalía de manera escrita y con foto de los equipos de forma inmediata al administrador y al responsable de Vinculación Laboral.

Entregar reportes, informes y listas que se requieran, cuando los solicite la persona titular de la Jefatura del CECAIN y/o responsable de Vinculación Laboral.

Auxiliar Administrativo, deberá:

Recibir el recurso financiero recaudado por la capacitación y cursos para el adiestramiento a personas con discapacidad de manera mensual, e ingresarlo a la cuenta del SMDIF.

Supervisar el cobro y elaborar los recibos de pago correspondientes a cursos (cuando aplique); y realizar el trámite administrativo correspondiente a pagos, ante la Jefatura de Departamento de Ingresos.

Entrevistar y supervisar a los capacitadores(as) instructores(as) que quieran impartir cursos y/o talleres; y recibir currículos y documentos solicitados.





Recibir listas de asistencia de cada curso y/o taller que se imparten; así como entregar reportes mensuales sobre los resultados y avances del programa a la persona titular de la Jefatura de Departamento del CECAIN.

Recepcionista, deberá:

Realizar las funciones de recepción, atención y orientación inicial, a las personas con discapacidad y familiares; así como, apoyar al personal de la Jefatura de Departamento del CECAIN en las labores administrativas que requiera.

Usuario(a), deberá:

Acudir a solicitar informes; así como entregar la documentación solicitada.

➤ **GLOSARIO**

- **Canalización:** Dirigir al usuario(a) que solicitan el servicio de inclusión laboral mediante un oficio para tal fin; el cual puede ser para aplicación de prueba de habilidades o para la empresa viable para su inclusión laboral.
- **Carta de Presentación:** Documento que se le entrega al usuario(a) para que lo presente a la empresa donde se canaliza para su inclusión laboral.
- **Cursos:** Diferentes asignaciones y/o tópicos que se realizan en CECAIN, para auto emplearse o como apoyo a PcD, como lo son: Masoterapia, Quiromasaje y Lengua de Señas Mexicana (LSM), entre otros, dependiendo de la demanda de PcD que asisten.
- **Discapacidad:** Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.
- **Usuario(a):** Persona con y/o sin Discapacidad que solicita el servicio de integración laboral en CECAIN.

➤ **ACRÓNIMOS**

- **CECAIN:** Centro de Capacitación e Inclusión Laboral, para Personas con Discapacidad.
- **CURP:** Clave Única de Registro de Población.
- **INE:** A la credencial expedida por el "Instituto Nacional Electoral"
- **PcD:** Persona con Discapacidad.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.
- **STyPS:** Secretaría del Trabajo y Previsión Social.





➤ INSUMOS

- Papelería.
- Listas de asistencia
- Pruebas psicométricas.
- Equipo de oficina: escritorios, computadoras, pizarrones, sillas; y equipo para los diferentes cursos y/o talleres; así como material e insumos para las diferentes capacitaciones.

➤ RESULTADOS

Realizar capacitaciones mediante cursos y talleres a personas con discapacidad, para auto emplearse o para el ámbito laboral.

➤ POLÍTICAS

- El capacitador(a) o instructor(a), deberá presentar la siguiente documentación:
 - ✓ Certificado médico.
 - ✓ Acta de nacimiento actualizada.
 - ✓ CURP.
 - ✓ INE.
 - ✓ Comprobante de domicilio.
 - ✓ Certificado de estudios.
 - ✓ Título, diploma y/o constancia de los cursos que ha cursado y acreditado.
 - ✓ Tres fotografías tamaño infantil.
- Para ser beneficiario del curso o taller, este deberá presentar:
 - ✓ Copia simple de CURP.
 - ✓ INE.
 - ✓ Comprobante de domicilio.
 - ✓ Certificado médico general.
 - ✓ Constancia domiciliaria debe tener vigencia no mayor a 3 meses, en caso de no contar con comprobante de domicilio.
- Los cursos que se impartan por parte de la Jefatura de Departamento del CECAIN, con domicilio en la calle Hermenegildo Galeana 3, col. San Juan Ixhuatepec, están sujetos a demanda (sujeto al cupo) del usuario(a) y a los capacitadores(as) e instructores(as), que se cuente en el momento de las solicitudes o demanda.
- El costo de inscripción es aplicado de conformidad al "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF", vigente.
- El costo de los cursos y talleres es aplicado de conformidad al "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF", vigente.
- El costo de las clases de Regularización será aplicado de conformidad al "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados del SMDIF", vigente.
- Se otorgarán constancias de participación al cubrir cada uno de los módulos del curso y/o taller.





> DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

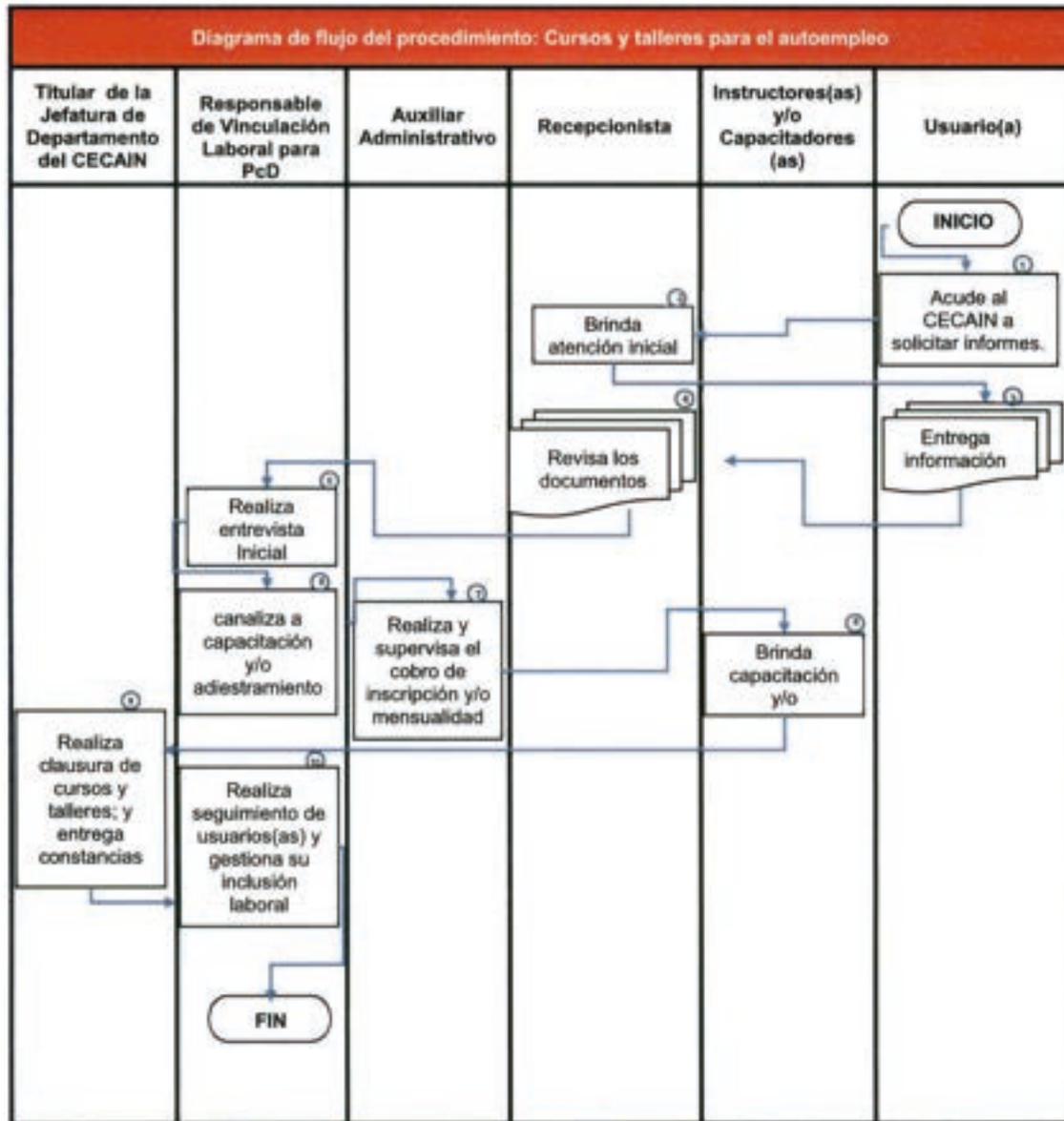
Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario(a)	1	Acude al CECAIN a solicitar informes.
Recepcionista	2	Brinda atención inicial y da informes.
Usuario(a)	3	Entrega la documentación solicitada.
Recepcionista	4	Revisa los documentos del solicitante e integra el expediente.
Responsable de Vinculación Laboral para PcD	5	Realiza entrevista Inicial y canaliza a evaluación de habilidades.
Responsable de Vinculación Laboral para PcD	6	A partir de los resultados obtenidos y habilidades, canaliza a capacitación y/o adiestramiento.
Auxiliar Administrativo	7	Realiza y supervisa el cobro de inscripción y/o mensualidad en los casos que aplica.
Instructores(as) y/o Capacitadores(as)	8	Brinda capacitación y/o adiestramiento.
Titular de la Jefatura de Departamento del CECAIN	9	Realiza clausura de cursos y talleres; y entrega constancias y/o certificaciones.
Responsable de Vinculación Laboral para PcD	10	Realiza seguimiento de usuarios(as) y gestiona su inclusión laboral o autoempleo.
FIN		

148





> **DIAGRAMA DE FLUJO**





➤ **FORMATOS**

- **Solicitud de ingreso**



SOLICITUD DE INGRESO A CURSO

*ALUMNO:

NOMBRE	APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO
--------	-------------------	-------------------

*DISCAPACIDAD: SI () NO () _____

*CURSO SOLICITADO: _____ HORARIO: DÍA _____ HORA _____

*PROFESOR: _____ (PARA LLENADO INTERNO)

*FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ *EDAD: _____ *SEXO: (M) (F)

*CURP: _____

*DOMICILIO ACTUAL:

CALLE	No. INT	No. EXT	COLONIA
-------	---------	---------	---------

MUNICIPIO	CP	ESTADO
-----------	----	--------

*TEL. CASA: _____ TEL. CELULAR: _____ TEL. EN CASO DE EMERGENCIA: _____

*ESCOLARIDAD: _____ COMPLETO () TRUNCO ()

ENTREGA DE DOCUMENTOS: () COMPLETOS () INCOMPLETOS () FALTA: _____
UNA COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO () CURP () INE () 3 FOLIOS FIRMES () COMPROBANTE DE DOMICILIO (NO MAYOR A 3 MESES ANTES) () 2 FOTOS 3X3 CM () CERTIFICADO DE INCAPACIDAD () CERTIFICADO DE MEDICO GENERAL ()

FIRMA DEL ALUMNO

FIRMA DE DIRECCIÓN

150



AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TOLUCA DE LERDO
2023 - 2024



• Lista de asistencia a cursos o talleres



AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TOLUCA DE LERDO
2023 - 2024



"2022, Año del Quincentenario de la Fundación de Toluca de Lerdo, Capital del Estado de México"

Horario: _____

Fecha: _____

Curso: _____

No	Nombre	Discapacidad	Dirección	Teléfono
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Firma del Responsable: _____

CECAM: Centro de Capacitación e Inclusiones Laborales Para Personas con Discapacidad.
Remediosillo Gobierno Núm. 3 Col. San Juan Tehuacán C.P. 54280 Toluca de Lerdo, Bax.



Nuevo Gobierno, *Nuevas Ideas*

Atención vía WhatsApp: 56 3622 0000



• Recibo de pago

DIF **CECAIN** SUBDIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL

Recibo de pago

Folio N° 10399

Mes Día Año

Nombre de usuario:

Braille Psicología Psicología (valoración) Taller de Autogramas

LDM Masoterapia Taller de materiales Otro

Inglés Informática Taller de lectura y redacción

URBANIDAD

DIF

ESPECIALISTA

TOTAL

Recibe

> VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
Lic. Alejandra Gisela Cornélio Delgado	Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento del CECAIN	Resguardataria de la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a Personas con Discapacidad	Titular de la Dirección General



UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DEL CECAIN
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/SAyFPD/DCCILPD/003

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS





> OBJETIVO

Identificar las habilidades y potenciales de las y los menores y adolescentes con discapacidad, para determinar el tipo de educación y alternativas de apoyo que requieren, para mejorar el desempeño educativo, y así lograr una inclusión educativa adecuada de acuerdo a sus necesidades y habilidades.

> ALCANCE

Aplica a la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a la Discapacidad a través de la Jefatura de Departamento del CECAIN, a los Módulos de Psicología; así como la población que lo solicite el servicio.

> FUNDAMENTO LEGAL

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
- Ley General de Educación.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios
- Ley que crea a los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, Denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 "Del expediente clínico".
- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, México.

> RESPONSABILIDADES

Titular de la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a la Discapacidad, deberá:
Deberá dirigir y supervisar el funcionamiento y servicios de evaluaciones psicoeducativas.

Titular de la Jefatura del Departamento del CECAIN, deberá:
Supervisar la elaboración de las pruebas aplicadas por el responsable del Módulo de Psicología; además de elaborar, firmar y sellar las cartas de contestación a la solicitud de Padres de Familia o Escuelas que soliciten el servicio.

Brindar la atención a los directivos de Instituciones educativas que soliciten el servicio y supervisar la entrega del reporte mensual sobre los resultados y avances del Módulo Psicología a las autoridades competentes.





Responsables de Módulo de Psicología, deberá:

Aplicar las pruebas psicoeducativas a niñas, niños, adolescentes y/o adultos, con o sin discapacidad, requeridas por las instituciones públicas o privadas o solicitud parental con previa cita.

Atender todos los casos de evaluación para integración educativa que sean remitidos a los Módulos de Integración social para este fin.

Realizar un Historial Clínico de los candidatos a Integración educativa y capturar los datos en el software del Departamento del CECAIN, para contar con una base de datos de usuarios (a) atendidos.

Dar orientación a los padres, madres o tutores de las niñas, niños y/o adolescentes que solicitan la valoración psicoeducativa sobre el proceso a seguir.

Realizar evaluaciones psicoeducativas para lograr una inclusión efectiva del usuario(a) mediante la canalización al sistema educativo acorde a los resultados obtenidos.

Otorgar los resultados obtenidos de la evaluación psicoeducativa y alternativas de atención, así como la adecuada canalización.

Acudir a Instituciones educativas para dar a conocer los servicios de los módulos de integración, contar con un directorio para la integración educativa, social y/o deportiva

Brindar pláticas de sensibilización sobre la discapacidad en Instituciones educativas para una mejor inclusión de las niñas, niños y adolescentes evaluados (mediante acciones de terapias grupales e individuales para la atención de Personas con Discapacidad).

Entregar reporte mensual sobre las personas evaluadas y acciones realizadas a la coordinación de CECAIN.

Auxiliar Administrativo, deberá:

Realizar el cobro y expedición de recibos de pago correspondientes por la evaluación psicológica y resguardar los ingresos semanales y realizar la entrega de los mismos a través de un informe de ingresos, el cual se entrega al personal asignado para tal fin junto con el dinero recaudado, quien posteriormente entrega una factura de lo recibido.

Recepcionista, deberá:

Realizar las funciones de recepción y atención inicial y apoyar al administrador del CECAIN en las labores administrativas que requiera.





➤ GLOSARIO

- **Discapacidad:** Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.
- **Evaluaciones Psicoeducativas:** Aplicación de Pruebas Psicométricas, Pruebas de Evaluación Intelectual y Pruebas Proyectivas
- **Evaluación Psicométrica:** Evalúa las habilidades de conocimiento, desempeño, rasgos de personalidad, actitudes, potencial laboral y potencial académico.
- **Evaluación de Inteligencia:** Se evalúa si la persona tiene discapacidad intelectual y en caso de ser así, el grado de esta.
- **Historial Clínico:** Es un documento que contiene información relevante sobre la salud presente y pasada del paciente, incluyendo antecedentes, estado de salud actual, perfil social e historial familiar.
- **Pruebas Proyectivas:** Sirven para evaluar el área emocional de las personas.
- **Tipos de Educación:** Existen diferentes opciones para integración escolar, como respuesta a las necesidades de cada estudiante, entre las cuales están: Centro de atención Múltiple (CAM); Escuelas de Educación Regular; Unidad de Apoyo a Escuela Regular (USAER); Telesecundaria; Centro de Capacitación y Adiestramiento para el Trabajo Industrial (CECATI).
- **Usuarios(a):** Personas que solicitan el servicio de Evaluación Psicopedagógica, a través, de su padre, madre o tutor, para confirmar o descartar algún tipo de discapacidad cognitiva o conocer el grado de discapacidad, para una inclusión educativa adecuada a sus habilidades y requerimientos.

• ACRÓNIMOS

- **CAM:** Centro de Atención Múltiple.
- **CECAIN:** Centro de Capacitación e Inclusión Laboral para Personas con Discapacidad.
- **CECATI:** Centro de Capacitación y Adiestramiento para el Trabajo Industrial.
- **PcD:** Persona con Discapacidad.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlaxcala de Baz.
- **USAER:** Unidad de Servicios de Apoyo a Escuela Regular.





➤ INSUMOS

- Pruebas psicométricas, pruebas proyectivas.
- Formatos correspondientes al procedimiento.
- Base de datos con usuarios(as) atendidos.
- Expedientes de usuarios(as)
- Papelería.

➤ RESULTADOS

Determinar el tipo de educación y alternativas de apoyo que requieren para mejorar el desempeño educativo.

➤ POLÍTICAS

- El servicio de atención, es de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas.
- La atención psicológica, se brinda en el Módulo de Integración Social, ubicado en las instalaciones de la Jefatura de Departamento del CECAIN.
- Todas las evaluaciones psicoeducativas deberán ser, mediante solicitud escrita por parte de los padres, tutores o Institución educativa dirigida a la Jefatura de Departamento del CECAIN.
- El usuario(a) debe cubrir el pago para la atención psicológica, de conformidad al "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF", vigente.
- Las pruebas que realizar dependerán de la entrevista o el tipo de problemática a detectar, podrán ser de inteligencia, pruebas proyectivas, de personalidad y psicopedagógicas a solicitud del docente, de los padres o tutores.





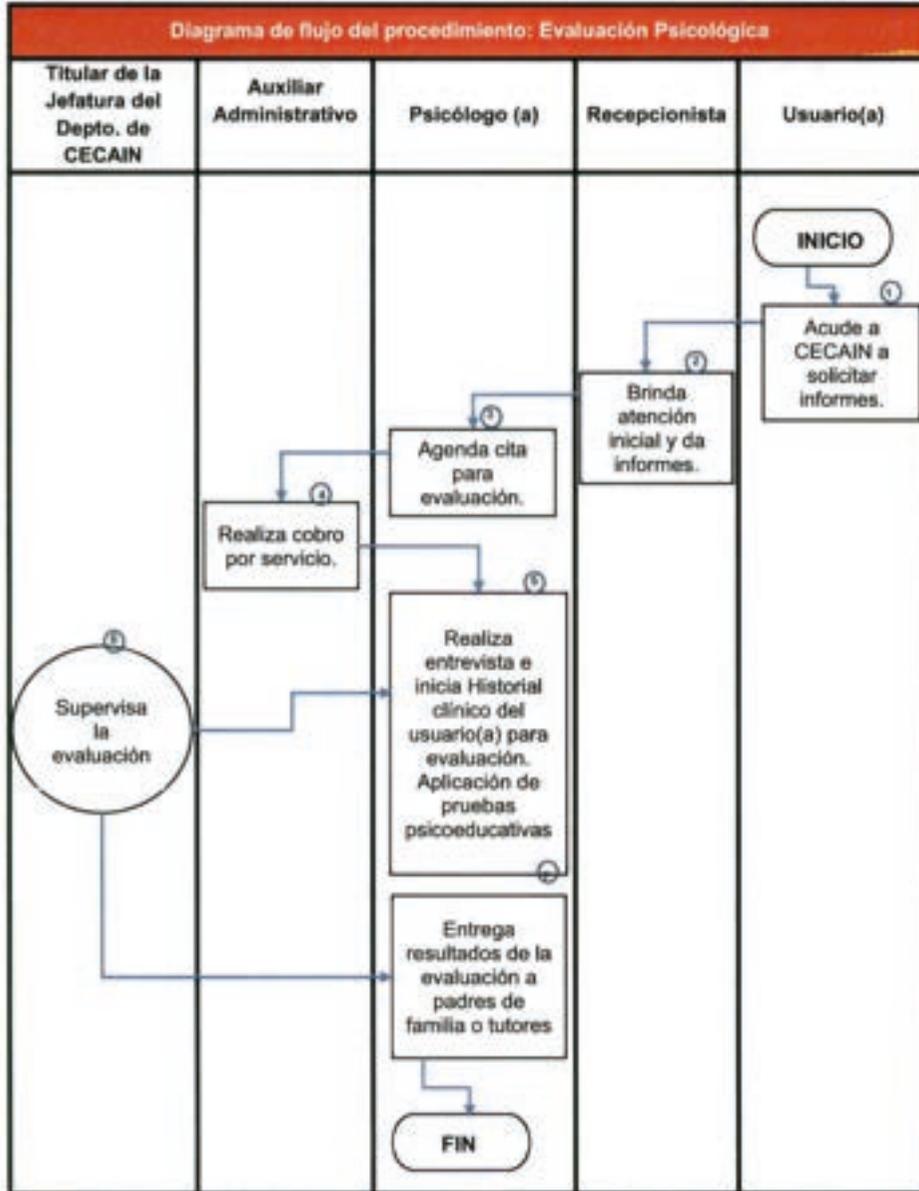
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	Número	Descripción
INICIO		
Usuario(a)	1	Acude a CECAIN a solicitar informes.
Recepcionista	2	Brinda atención inicial y da informes.
Psicólogo (a)	3	Agenda cita para evaluación.
Auxiliar Administrativo	4	Realiza cobro por servicio.
Psicólogo (a)	5	Realiza entrevista e inicia Historial clínico del usuario(a) para evaluación. Aplicación de pruebas psicoeducativas
Titular de la Jefatura de Departamento del CECAIN	6	Supervisa el reporte de la evaluación.
Psicólogo (a)	7	Entrega resultados de la evaluación a padres de familia o tutores.
FIN		





➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**





> **FORMATOS**

• **Entrevista**



ENTREVISTA

I. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
 LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO _____ ESCOLARIDAD _____
 TELÉFONO _____ DIRECCIÓN _____
 NOMBRE Y PARENTESCO DEL INFORMANTE _____
 EN CASO DE EMERGENCIA RECURRIR A _____
 MOTIVO DE CONSULTA _____

ESFERA FAMILIAR

II. DATOS DEL PADRE

NOMBRE _____ EDAD _____ OCUPACIÓN _____
 ESTADO CIVIL _____ ESCOLARIDAD _____
 LUGAR Y HORARIO DE TRABAJO _____
 ESTADO DE SALUD _____
 ¿QUE ACTIVIDAD REALIZA DURANTE SUS RATOS LIBRES? _____
 ¿EXISTE ALGUNA CARACTERÍSTICA DEL NIÑO (A) QUE NO LE AGRADE? ¿CUAL? _____

III. DATOS DE LA MADRE

NOMBRE _____ EDAD _____ OCUPACIÓN _____
 ESTADO CIVIL _____ ESCOLARIDAD _____
 LUGAR Y HORARIO DE TRABAJO _____
 ESTADO DE SALUD _____
 ¿QUE ACTIVIDAD REALIZA DURANTE SUS RATOS LIBRES? _____
 ¿EXISTE ALGUNA CARACTERÍSTICA DEL NIÑO (A) QUE NO LE AGRADE? ¿CUAL? _____

IV. DATOS DE LOS HERMANOS Y PARIENTES

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿EXISTEN OTRAS PERSONAS QUE COMPARTAN EL HOGAR FAMILIAR? _____
 ¿EXISTE EN FAMILIA ANTECEDENTES SIMILARES AL PROBLEMA DE SU HIJO? _____
 ¿EXISTE EN FAMILIA PERSONAS CON PROBLEMAS DE EPILEPSIA? _____
 ¿DIABETES? _____ ¿ALCOHOLISMO? _____ ¿DROGADICCIÓN? _____ ¿NEUROLÓGICOS? _____
 ¿FARMACODEPENDIENTES? _____ ¿OTRO? _____

V. DESARROLLO PRE-PERI Y POSTNATAL DEL NIÑO

¿EL EMBARAZO FUE DESEADO? PADRE () SI () NO MADRE () SI () NO ¿POR QUÉ? _____
 NÚMERO DE EMBARAZO CORRESPONDIENTE AL NIÑO ATENDIDO _____
 CARACTERÍSTICA DE LOS EMBARAZOS ANTERIORES Y/O POSTERIORES A ESTE _____



Entrevista continuación



SEXO DEL NIÑO (A) FUE DESEADO: PADRE SI NO MADRE SI NO.
 SALUD DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO: _____ ENFERMEDADES QUE HAYA PADECIDO: _____
 RAYOS X _____ AMENAZA DE ABORTO _____ OTROS: _____
 DURACIÓN DEL EMBARAZO _____ EDAD DE LA MADRE Y PADRE CUANDO NACIO EL NIÑO _____
 ¿DONDE FUE ATENDIDO EL PARTO Y POR QUIEN? _____ DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO _____
 DIFICULTADES QUE HAYA TENIDO LA MADRE DURANTE EL MISMO _____
 ¿COMO FUE EL PARTO?
 NORMAL CESAREA INDUCIDO CON FORCEPS SI UTILIZO ANESTESIA
 ¿SE PRESENTARON COMPLICACIONES? _____
 PRESENTACIÓN DE PRODUCTO: CABEZA PELVICO TRANSVERSAL
 ACTITUD DE LOS PADRES ANTE EL RECIEN NACIDO _____
 ESTADO DEL RECIEN NACIDO: PESO _____ TALLA _____
 ¿HUBO ALGUNAS LESIONES, DEFECTOS O DEFORMACIONES EN EL NACIMIENTO? _____

VI. ALIMENTACIÓN

SE ALIMENTA CON LECHE MATERNA: SI NO CAUSAS: _____
 ¿QUE TIPO DE LECHE TOMO Y POR CUANTO TIEMPO? _____
 ¿A QUE EDAD TUVO EL DESTETE? _____ ¿CUAL ES LA ALIMENTACIÓN ACTUAL DEL NIÑO?
 ¿EL NIÑO COME SOLO O CON AYUDA? _____ HORARIO DE SUS COMIDAS _____
 ¿QUIEN LO ATIENDE EN SUS COMIDAS? _____
 ¿HAY ALGUN PROBLEMA QUE QUIERA SEÑALAR EN LA ALIMENTACIÓN DE SU HIJO? _____

VII. DESARROLLO DEL NIÑO

¿QUIEN CUIDO AL NIÑO DURANTE LOS PRIMEROS MESES DE NACIDO? _____
 ¿COMO ERA EL CUIDADO? _____
 ¿QUE TIPO DE ESTIMULACIÓN Y PARTICIPACIÓN TUVO LA FAMILIA ANTE EL NIÑO EN SUS PRIMEROS MESES DE VIDA?
 ¿A QUE EDAD LOGRO SOSTENER LA CABEZA? _____ CAMINAR _____ SENTARSE _____
 GATEAR _____ CORRER _____
 HABILIDADES MOTORAS: EL NIÑO ES ZURDO DESTRO AMBIDIESTRO
 ¿A QUE EDAD EMPEZO A BALBUCEAR? _____ ¿A PRONUNCIAR SUS PRIMERAS PALABRAS? _____
 ¿A PRONUNCIAR FRASES Y ORACIONES? _____
 ¿TIENE PROBLEMAS DE AUDICIÓN? SI NO ¿CUALES? _____
 ¿TIENE PROBLEMAS DE LENGUAJE? SI NO ¿CUALES? _____
 ¿TIENE PROBLEMAS VISUALES? SI NO ¿CUALES? _____
 ¿TIENE PROBLEMAS MOTORES? SI NO ¿CUALES? _____

MANERISMOS:

¿SE MUERDE LAS UÑAS? _____ ¿SE JALA EL CABELLO? _____ ¿REORNA LOS DIENTES? _____



• Entrevista continuación



SE CHUPA EL DEDO _____ HACE GESTOS O MUECAS _____ SE BALANCEA _____
 SE MUERDE O CHUPA LAS MANOS Y/O LOS BRAZOS _____ SE GOLPEA LA CABEZA _____
 LE GUSTA OLER OBJETOS _____ FLIJA LA VISTA EN LA LUZ _____ TIENE ADEMANES _____
 MUEVE LOS DEDOS FRENTE A LOS OJOS _____ GIRA SOBRE SI MISMO _____

AREA EMOCIONAL:
 ¿COMO EXPRESA EL NIÑO SUS SENTIMIENTOS? _____
 ES CARBIOSO _____ ALEGRE _____ TIMIDO _____ TRISTE _____
 ¿LE TEME A ALGO? _____ ¿QUE LO HACE ENOJAR? _____
 ¿COMO EXPRESA SU ENOJO? _____ ¿HACE BERRINCHES? _____
 ¿COMO REACCIONA UBATED? _____ ¿ES UN NIÑO DIFICIL DE CONTROLAR? _____

AUTOCUIDADO:
 ¿EXISTE CONTROL DE ESPINTEREST? SI () NO () ¿A QUE EDAD LOS CONTROLÓ? _____
 ¿COMO FUE EL ENTRENAMIENTO? _____
 ¿QUE ACTIVIDADES REALIZA SOLO? _____
 BAÑARSE SI () NO () DORMIR SI () NO () LAVARSE MANOS Y DIENTES SI () NO ()
 PENARSE SI () NO () COMER SI () NO () VESTIRSE SI () NO ()
 ¿A QUE HORA SUELE ACOSTARSE Y CON QUE? _____
 ¿A QUE HORA SE LEVANTA? _____ ¿SE LE PERMITE ANDAR SOLO POR LA CALLE? _____

INTERACCION SOCIAL:
 ¿QUE ACTIVIDADES RECREATIVAS REALIZA? _____
 ¿QUE ACTIVIDADES REALIZA LOS FINES DE SEMANA? _____
 ¿CON QUIEN JUEGA EL NIÑO? SOLO () CON EL PADRE () CON LA MADRE () HERMANO ()
 AMIGOS () EDADES _____
 ¿A QUE, CON QUE Y DONDE JUEGA EL NIÑO? _____
 ¿EL NIÑO VE TV? SI () NO () TIEMPO APROX. _____
 ¿ESCUCHA RADIO? SI () NO () TIEMPO APROX. _____
 ¿PRACTICA ALGUN DEPORTE? SI () NO () ¿CUAL? _____

VII. ATENCION Y CUIDADO DEL NIÑO.
 ATENCION POR PARTE DE OTRAS PERSONAS SI () NO () ¿QUE ES? _____
 ¿QUE HACE (N) ESTA (S) PERSONA (S) Y POR CUANTO TIEMPO LO CUIDAN? _____
 ¿QUE COMENTARIOS HACE (N) ESTA (S) PERSONA (S) A CERCA DEL NIÑO? _____
 ¿QUE ACTITUD TIENE EL NIÑO HACIA ESTA (S) PERSONA (S)? _____
 ¿EJERCE AUTORIDAD ESTA PERSONA SOBRE EL NIÑO? _____
 ¿QUE ACTITUD TOMAN COMO PADRES RESPECTO A QUE CUIDEN A SU HUJO? _____
 ¿QUE COMENTARIOS CON RELACION AL NIÑO HA ESCUCHADO? _____

IX. DATOS GENERALES DE LA FAMILIA
 LOS PADRES VIVEN JUNTOS () SEPARADOS () TIEMPO DE SEPARACION _____
 CAUSAS _____
 ¿COMO ES LA RELACION DE LA PAREJA ACTUALMENTE? _____
 ¿COMO ES LA RELACION ENTRE PADRE E HUJO? _____
 ¿COMO ES LA RELACION ENTRE MADRE E HUJO? _____



• Entrevista continuación



- ¿COMO ES LA RELACION DEL NIÑO CON SUS HERMANO (AS)? _____
- ¿COMO ES LA SITUACION FAMILIAR ACTUALMENTE? _____
- ¿COMO ES EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO EN OTROS AMBIENTES (VISITAS FAMILIARES, ESCUELA, VECINOS ETC.)? _____
- ¿COMO SE HA MANEJADO LA PROBLEMATICA DEL NIÑO? _____
- ¿COMO ES EL MANEJO DE LA AUTORIDAD EN EL HOGAR? _____
- ¿ESTAN EL PADRE Y LA MADRE DE ACUERDO EN LA FORMA DE EDUCAR A SU HIJO? _____
- ¿INFLUYEN OTRAS PERSONAS EN LA EDUCACION, QUIEN Y COMO? _____
- ¿SE CUMPLEN PROMESAS Y ADVERTENCIAS? _____
- ¿QUE TIPO DE PREMIOS UTILIZAN CON EL NIÑO? _____
- ¿QUE TIPO DE CASTIGOS UTILIZAN CON EL NIÑO? _____
- ¿QUE RESULTADOS HAN OBTENIDO EN RELACION A ESTO? _____
- ¿HAY ALGUN PROBLEMA EN ESPECIAL QUE QUIERA SEÑALAR SOBRE EL NIÑO RELACIONADO CON LA VIDA FAMILIAR? _____
- ¿SE HAN MUERTO O ALEJADO PERSONAS IMPORTANTES PARA EL NIÑO, QUE RELACION TENIAN? _____

¿COMO FUE LA REACCION DEL NIÑO? _____

X. ESCOLARIDAD

- ¿ASISTE EL NIÑO A LA GUARDERIA? SI () NO () TIEMPO _____
- ¿ASISTE AL JARDIN DE NIÑOS? SI () NO () TIEMPO _____
- ¿CURSO LA PRIMARIA? SI () NO () HASTA QUE GRADO _____
- ¿ASISTE A ALGUNA OTRA INSTITUCION? _____
- ¿HA REPETIDO ALGUN GRADO ESCOLAR? _____
- ¿HA RECIBIDO CLASES PARTICULARES? _____
- ¿QUE DIFICULTADES TIENE ACTUALMENTE EN LA ESCUELA? _____
- ¿SABE LEER? _____ ESCRIBIR _____ TOMA ADECUADAMENTE DICTADO _____
- ¿CONOCE LOS NUMEROS? _____ ¿RESUELVE OPERACIONES ARITMETICAS? _____
- ¿COMO SE COMPORTA CON SUS COMPAÑEROS Y MAESTROS DENTRO DE LA ESCUELA? _____
- ¿POR QUE MOTIVOS SUELE FALTAR A LA ESCUELA? _____
- ¿CUIEN SUPERVISA SUS TAREAS? _____
- ¿COMO ES LA ACTITUD DE QUIEN LO HACE? _____

XI. ESTADO DE SALUD

- ¿CUANDO SE REALIZO AL NIÑO EL ULTIMO EXAMEN MEDICO Y CUAL FUE EL RESULTADO? _____
- ¿HADECE ALGUNA ENFERMEDAD FRECUENTE? SI () NO () ¿CUAL? _____
- ¿CON QUE FRECUENCIA? _____ ¿QUE ENFERMEDADES HA PADECIDO? _____
- ¿SE LE HA HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ? _____
- ¿ACTUALMENTE TOMA ALGUN MEDICAMENTO? _____

ENTREVISTO _____ FECHA _____
HORARIO ASIGNADO PARA LA TERAPIA _____





• Oficio de canalización



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

"2021. Año del Quincuésimo de la Fundación de Toluca de Lerdo, Capital del Estado de México"

SEIEM | EDUCACIÓN

Tlaxtepec de Baz, Edo. De México, a 25 de Mayo del 2022

ASUNTO: Canalización

A QUIEN CORRESPONDA:

CECAIN
PRESENTE:

El que suscribe Profr. Marco Antonio Hernández Gallardo, Director de la Escuela Telesecundaria "Sor Juana Inés de la Cruz", turno matutino, se dirige a usted con la finalidad de solicitar su valioso apoyo para que se realice una valoración psicopedagógica a la alumna [Nombre] quien está inscrita en el grupo de [Grado] en esta Institución Educativa y a petición de la USAER BE, debido a que se observan dificultades para la adquisición de la lecto-escritura, la socialización con sus compañeros y la retención de información de diversos contenidos curriculares, lo cual está afectando su desempeño académico y social.

Lo anterior, con la finalidad de brindarle el apoyo pertinente para favorecer su progreso.

Agradeciendo de antemano su amable atención y su favorable respuesta a la misma, quedo de usted.



Acreditación:

Marco Antonio Hernández Gallardo
Director de la Telesecundaria "Sor Juana Inés de la Cruz"



30/05/22

Entrego Original
Firma: Rosalva Rivera R



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAXCALTILLA DE BAJA
2022-2024



• **Reporte Clínico**



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAXCALTILLA DE BAJA



REPORTE CLÍNICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE	
EDAD	
FECHA DE NACIMIENTO	
ESCOLARIDAD	
LUGAR DE RESIDENCIA	
TELÉFONO	
CURP	
FECHA DE INICIO	

MOTIVO DE CONSULTA

PRUEBAS APLICADAS

IMPRESIÓN CLÍNICA

ANTECEDENTES

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO

SUGERENCIAS DE TRATAMIENTO

PRONOSTICO

ATENTAMENTE

LIC.
PSICOLOGA
CED. PROF

Atención vía whatsapp: 56 3622 0000





M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNEPANTLA DE BAZ
2023-2024



• **Ficha de identificación**



M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNEPANTLA DE BAZ



REPORTE CLÍNICO



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE
EDAD
FECHA DE NACIMIENTO
ESCOLARIDAD
LUGAR DE RESIDENCIA
TELÉFONO
CURP
FECHA DE INICIO

MOTIVO DE CONSULTA

SUGERENCIAS DE TRATAMIENTO

ATENTAMENTE

LIC.
PSICÓLOGA
CED. PROF.

Atención vía whatsapp: 56 3622 0000

49 34 00 000

166



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024



• **Canalización**



A. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNEPANTLA DE BAZ



Tlalnepantla de Baz, Edo de Mex., a 09 de Junio del 2022.

SRA.
MADRE DE FAMILIA
PRESENTE.

Con el gusto de saludarle, distraigo su atención para darle a conocer que fueron aplicadas una batería de pruebas necesarias por Psicología, para contener información suficiente para dar un posible diagnóstico final a la petición que nos adjunta en su carta solicitud para el infante _____ con CURP: _____ se hace de su conocimiento que su hijo será referido a educación regular por la especificaciones que en sus resultados merecen.

Se anexa resultados del referido.
Sin más por el momento quedo a usted.

ATENTAMENTE.

LIC. ALEJANDRA GISELA CORNELIO DELGADO.
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN E INCLUSIÓN LABORAL PARA
PERSONAS CON DISCAPACIDAD, CECAIN.

Atención vía whatsapp: 56 3622 0000



Nuevo Gobierno. *Nuevas Ideas*



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
Lic. Alejandra Gisela Cornélio Delgado	Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titula: de la Jefatura de Departamento del CECAIN	Resguardataria de la Subdirección de Atención y Fortalecimiento a Personas con Discapacidad	Titular de la Dirección General





b) JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE SALUD PREVENTIVA

UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE SALUD PREVENTIVA
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CONSULTA MÉDICA GENERAL Y DE ESPECIALIDADES
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/DSP/001

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS





> OBJETIVO

Otorgar los servicios de atención médica de consulta médica general y de especialidades que requieran las personas usuarias para la preservación o restauración de la salud, de conformidad con los lineamientos técnicos en la materia, emitidos por las autoridades federales y estatales.

> ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud, a través, de la Jefatura del Departamento de Salud Preventiva; así como a los habitantes del Municipio de Tlalnepantla de Baz, que soliciten el servicio de consulta médica general y de especialidades.

> FUNDAMENTO LEGAL

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley que Crea a los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter municipal, denominado "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Reglamento Interno del sistema municipal para el desarrollo integral de la familia de Tlalnepantla de Baz.

> RESPONSABILIDADES

Titular de la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva, deberá:

Elaborar, ejecutar, monitorear y evaluar los planes de trabajo operativos de los consultorios periféricos y subsistemas y planear, organizar y dirigir las actividades administrativas de los consultorios periféricos y subsistemas.

Coordinar al personal médico y de enfermería que proporciona las consultas médicas y de especialidad en el SMDIF de Tlalnepantla de Baz; así como gestionar la dotación de medicamentos, equipos y /o insumos médicos para el desarrollo de las actividades.

Médico (a) general o de especialidad, deberá:

Proporcionar asistencia médica oportuna y de calidad a la persona usuaria que solicite el servicio; así como brindar información oportuna acerca del diagnóstico, tratamiento y seguimiento a la persona usuaria.

Enfermero(a), deberá:

Brindar asistencia a la persona usuaria, en el ingreso a la consulta médica general o de especialidad, además de hacer la toma de signos vitales atendiendo a las buenas prácticas de enfermería; asimismo realizar el registro en el expediente clínico.



Encargado(a) de Recepción del Área Médica, deberá:

Ser el primer contacto con la persona usuaria que ingresa al área médica, proporcionando orientación y atención a dudas, con información oportuna y pertinente, además de recibir a la persona usuaria y canalizarla adecuadamente a los servicios de consulta médica general o de especialidad.

Encargado(a) de fichas, deberá:

Dar seguimiento a la canalización de la persona usuaria, mediante la expedición de fichas e informes acerca de las cuotas de recuperación para que la persona usuaria pueda ingresar al servicio solicitado.

Encargado(a) de Caja, deberá:

Verificar los datos de la persona usuaria, en correspondencia al servicio solicitado en el SMDIF de Tlalnepantla de Baz, determinando el costo del servicio de acuerdo con lo establecido en el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF", vigente; así como recibir y expedir el pago correspondiente.

> **GLOSARIO**

- **Consulta General:** Proceso centrado en la relación médico-paciente que busca brindar apoyo a las necesidades de salud-enfermedad.
- **Consulta de Especialidad:** Proceso mediante el cual se realiza una valoración médica integral de los problemas por los que acude el paciente.
- **Diagnosticar:** Identificación de la naturaleza de una enfermedad mediante pruebas y a observación de sus signos o síntomas.
- **Expediente clínico:** Es el conjunto de toda la información generada de la atención médica que se ha brindado al paciente desde su ingreso hasta la última consulta.
- **Somatometría:** Es el conjunto de maniobras para obtener medidas precisas de las ideas corporales de una persona
- **Signos vitales:** Son parámetros producto de la actividad de varios órganos vitales que se pueden medir en los individuos. Se denominan signos ya que su identificación es producto de un examen médico.

> **ACRÓNIMOS**

- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

> **INSUMOS**

- Recetas médicas.
- Consultorio Médico Equipado.



➤ RESULTADOS

Brindar consultas médicas generales y de especialidad de calidad, para toda la población del municipio de Tlalnepantla de Baz, dirigidas a la prevención y el tratamiento oportuno de las diferentes enfermedades que afectan a los pobladores del municipio.

➤ POLÍTICAS

- La persona titular de la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva, tendrá la facultad y obligación de planear, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento de los consultorios de consulta general y de especialidad del SMDIF de Tlalnepantla de Baz.
- Se Proporcionarán las consultas médicas generales y de especialidad a las personas usuarias del SMDIF de Tlalnepantla de Baz, de lunes a viernes en un horario de 08:00 a 14:00 horas, en los consultorios periféricos y subsistemas pertenecientes al SMDIF de Tlalnepantla de Baz.
- La consulta general y de especialidades, tendrán un costo de acuerdo con el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF", vigente.
- El personal de la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva del SMDIF, debe informar a las personas usuarias, sobre las cuotas de recuperación, horarios y tratamientos asignadas, conforme a los montos autorizados.
- El personal de la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva del SMDIF, tendrá que otorgar un servicio con calidad y calidez en un marco ético y legal, teniendo como prioridad la confidencialidad de datos.





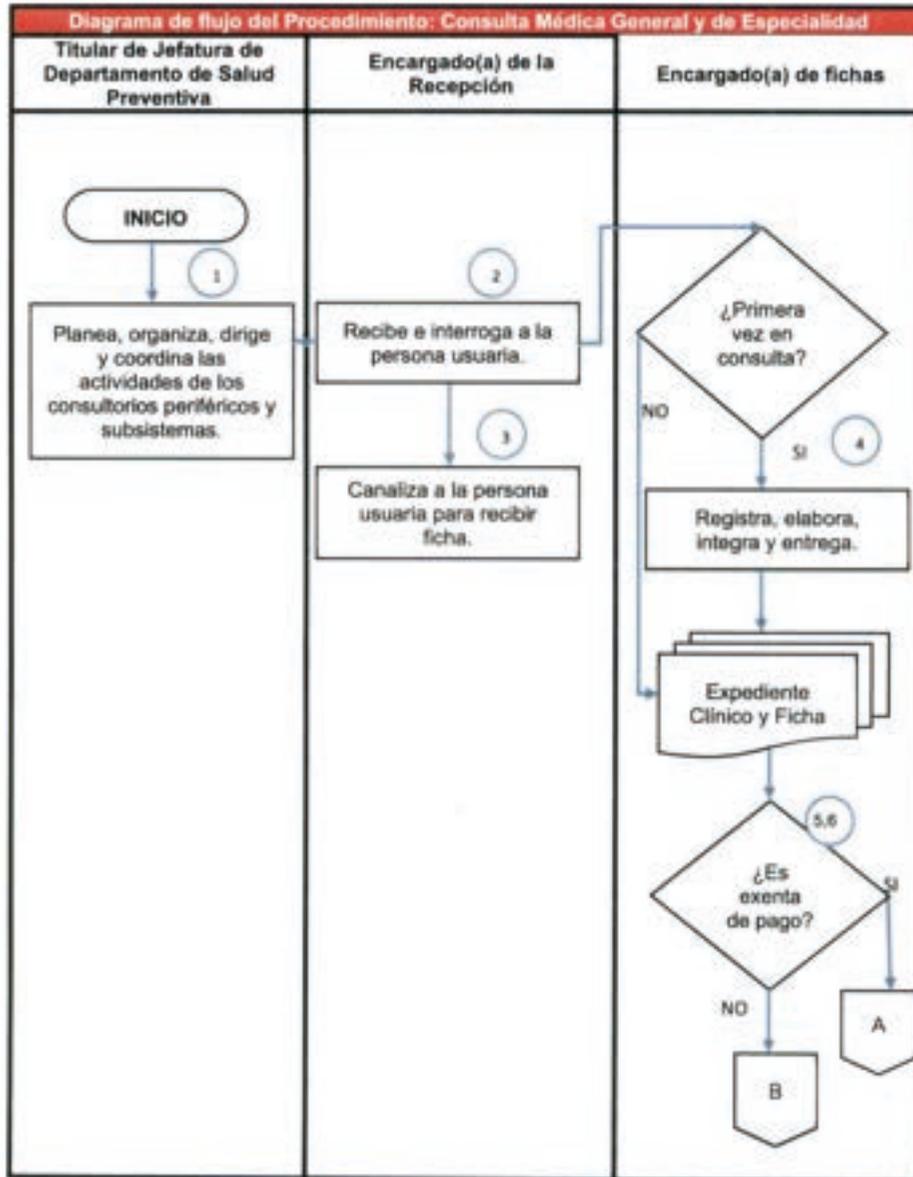
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

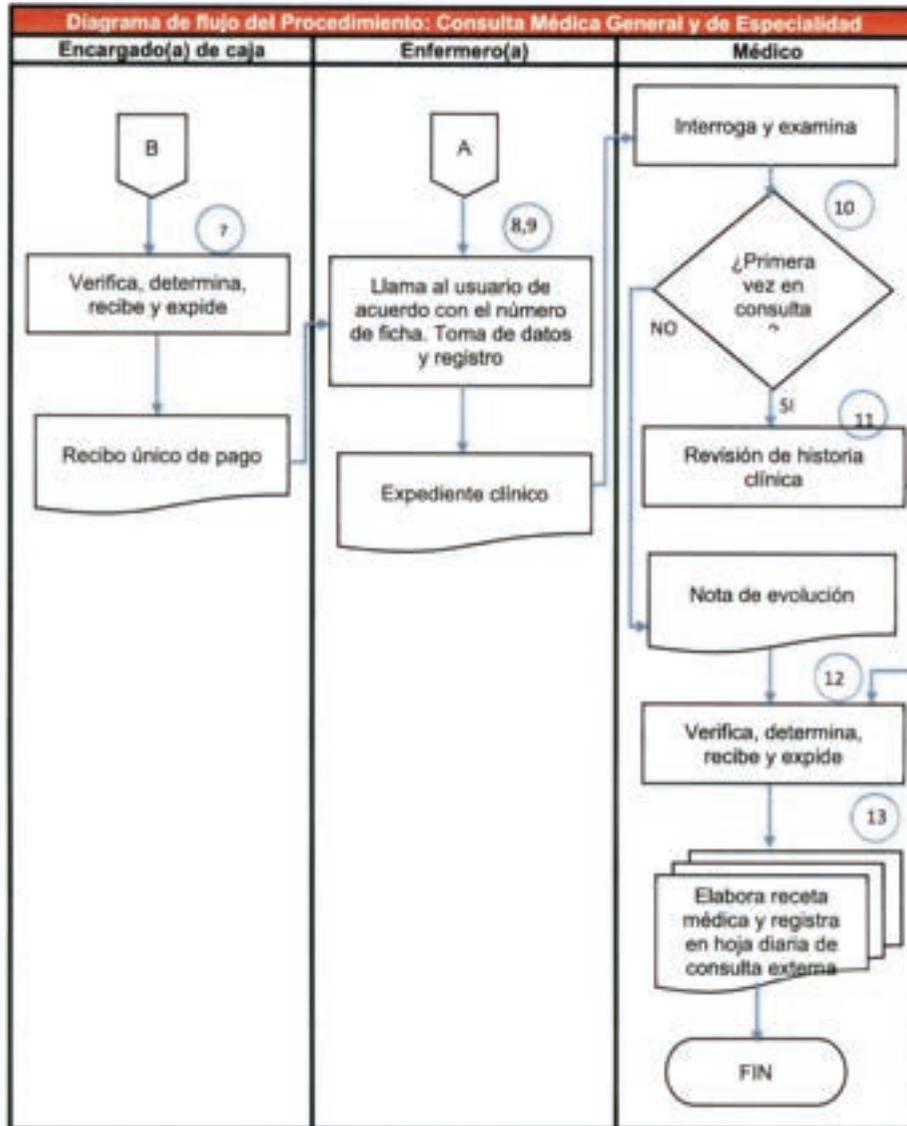
Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Titular de Jefatura de Departamento de Salud Preventiva	1	Planea, organiza, dirige y coordina las actividades del servicio de consulta general y de especialidad.
Encargado(a) de Recepción	2	Recibe a la persona usuaria y toma datos para control.
Encargado(a) de Recepción	3	Canaliza al módulo de fichas.
Encargado(a) de Fichas	4	Si se trata de una Consulta médica Subsecuente, entrega a la persona usuaria la ficha.
Encargado(a) de Fichas	5	Determina si la consulta está exenta de pago o si la cuota de recuperación debe ser cubierta.
Encargado(a) de Fichas	6	Si la consulta no está exenta de pago, indica a la persona usuaria que se dirija al área de cajas para cubrir la cuota de recuperación.
Encargado(a) de Caja	7	Verifica el tipo de servicio según la ficha, determina el costo en el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF", vigente; y recibe el pago y expide el recibo único de pago.
Enfermero(a)	8	Llama a la persona usuaria de acuerdo con el número de ficha y realiza somatometría.
Enfermero(a)	9	Pesa y mide a la persona usuaria; asimismo toma signos vitales y registra en expediente clínico
Médico general o de especialidad	10	Interroga y examina a la persona usuaria.
Médico general o de especialidad	11	Si es primera vez, elabora hoja de historia clínica y realiza exploración física completa y continúa con el paso nueve de este procedimiento.
Médico general o de especialidad	12	Si no es primera vez que acude a la consulta, elabora nota de evolución.
Médico general o de especialidad	13	Informa a la persona Usuaría sobre su padecimiento, da instrucciones para su tratamiento, elabora receta médica y registra en hoja diaria de consulta externa
FIN		





> DIAGRAMA DE FLUJO







H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TALAIPANTLA DE 842
2022-2024



> **FORMATOS**

- **Receta Médica**



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TALAIPANTLA DE 842
2022-2024

RECETA MÉDICA.



NOMBRE:		EDAD:	SEXO:	FOLIO:		
PESO:	TALLA:	F.G.	F.R.	TEMPERATURA:	T.A.	ALERGIAS:

Impresión diagnóstica: _____ Fecha: ____/____/____



Nombre completo y firma del médico

Cédula profesional

DIF Central Santa Mónica: Av. Com. Santa Mónica s/n. Cóm. San Fernando, Fracc. Jardines de Santa Mónica, Tlalapantla de San. Fe. De México. Tel. 55-5381-215 Edif. 300





• Historia clínica



HISTORIA CLÍNICA



NOMBRE:	EDAD:	SEXO:	OCCUPACIÓN:
ESCOLARIDAD:	ESTADO CIVIL:	LUGAR DE ORIGEN:	
DOMICILIO:	Nº TELEFÓNICO:		

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

PADECIMIENTO	PARENTESCO	TIEMPO DE EVOLUCIÓN

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

MENARCA:	IVSA:	EM:	FUP:
FUA:	G:	P:	C:

PADECIMIENTO ACTUAL

MOTIVO DE CONSULTA

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

RESPIRATORIO
DIGESTIVO
CIRCULATORIO
REPRODUCTOR
ORGANO DE LOS SENTIDOS
TEGUMENTOS, PIEL Y ANEXO
GENITOURINARIO
MUSCULOESQUELETICO
SISTEMA NERVIOSO
SISTEMA ENDOCRINO

• Nota de evolución

Nota de evolución.

NOMBRE:

EDAD:

NOMBRE:	EDAD:

178



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
Dra. Ginnette Marisol Castañeda Bernal	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





UNIDAD ADMINISTRATIVA:	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE SALUD PREVENTIVA
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	CERTIFICADO MÉDICO
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:	SMDIF/2022/MP/DS/DSP/002

> OBJETIVO

Otorgar los servicios de certificado médico a las personas usuarias que lo requieran, para la preservación de la salud, de conformidad con los lineamientos técnicos en la materia, emitidos por las autoridades federales y estatales.

> ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud a través de la Jefatura del Departamento de Salud Preventiva; así como a los habitantes del Municipio de Tlalnepantla de Baz, que soliciten el servicio de certificado médico.

> FUNDAMENTO LEGAL

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley que Crea a los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, Denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

> RESPONSABILIDADES

Titular de la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva, deberá:

Elaborar, ejecutar, monitorear y evaluar los planes de trabajo operativos de los consultorios periféricos y subsistemas; y planear, organizar y dirigir las actividades administrativas correspondientes al servicio de certificado médico del SMDIF de Tlalnepantla de Baz.

Coordinar al personal médico que expide los certificados médicos en el SMDIF de Tlalnepantla de Baz; así como gestionar los formatos, insumos y equipos utilizados en las actividades del servicio de certificados médicos.

Médico(a), deberá:

Brindar el servicio de certificado médico, expidiendo el mismo y canalizar a la persona usuaria a consulta general o de especialidad en caso de que así lo requiera.



Enfermero(a), deberá:

Brindar asistencia a la persona usuaria del SMDIF de Tlalnepantla de Baz, realizar la toma de signos vitales atendiendo a las buenas prácticas de enfermería, así como llevar el registro en el expediente clínico.

Encargado(a) de Recepción del Área Médica, deberá:

Ser el primer contacto con la persona usuario que ingresa al SMDIF de Tlalnepantla de Baz, proporcionando orientación y atención a dudas con información oportuna y pertinente, además de canalizarlo adecuadamente al área requerida.

Encargado(a) de Fichas, deberá:

Dar seguimiento a la canalización de la persona usuaria del SMDIF de Tlalnepantla de Baz, mediante la expedición de ficha e informes acerca de las cuotas de recuperación para que la persona usuaria pueda ingresar al servicio solicitado.

Encargado(a) de Caja:

Verificar los datos de la persona usuaria en correspondencia al servicio solicitado en el SMDIF de Tlalnepantla de Baz, determinando el costo del servicio de acuerdo con el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF"; así como recibir y expedir el pago correspondiente.

> **GLOSARIO**

- **Certificado médico:** El certificado médico es una constancia escrita, en la cual el médico da, por cierto, hechos sobre el estado de salud de una persona, que comprueba por medio de la asistencia, examen o reconocimiento del paciente.
- **Signos vitales:** Son parámetros producto de la actividad de varios órganos vitales que se pueden medir en los individuos. Se denominan signos ya que su identificación es producto de un examen médico.
- **Somatometría:** Es el conjunto de maniobras, para obtener medidas precisas de las ideas corporales de una persona
- **Subsistema:** Son los consultorios periféricos suscritos a la Subdirección de Subsistemas del SMDIF.

> **ACRÓNIMOS**

- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

> **INSUMOS**

- Formato de certificado médico.
- Consultorio médico equipado





> RESULTADOS

Otorgar certificados médicos completos, para toda la población del municipio de Tlalnepantla de Baz, que lo solicite; con el propósito de dar validez y sustento al estado de salud de los habitantes del municipio.

> POLÍTICAS

- La persona titular de la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva tendrá la facultad y obligación de planear, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del servicio de certificado médico del SMDIF de Tlalnepantla de Baz.
- El certificado médico, tendrá un costo que, será aplicado de acuerdo al "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF", vigente.
- Se proporcionará el servicio de expedición de certificados médicos del SMDIF de Tlalnepantla de Baz, de lunes a viernes, en un horario de 08:00 a 14:00 horas, en los consultorios periféricos y subsistemas.
- El personal de la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva del SMDIF, debe informar a las personas usuarias, sobre las cuotas de recuperación, horarios y tratamientos asignadas, conforme a los montos autorizados.
- El personal de la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva del SMDIF, tendrá que otorgar un servicio con calidad y calidez en un marco ético y legal, teniendo como prioridad la confidencialidad de datos.





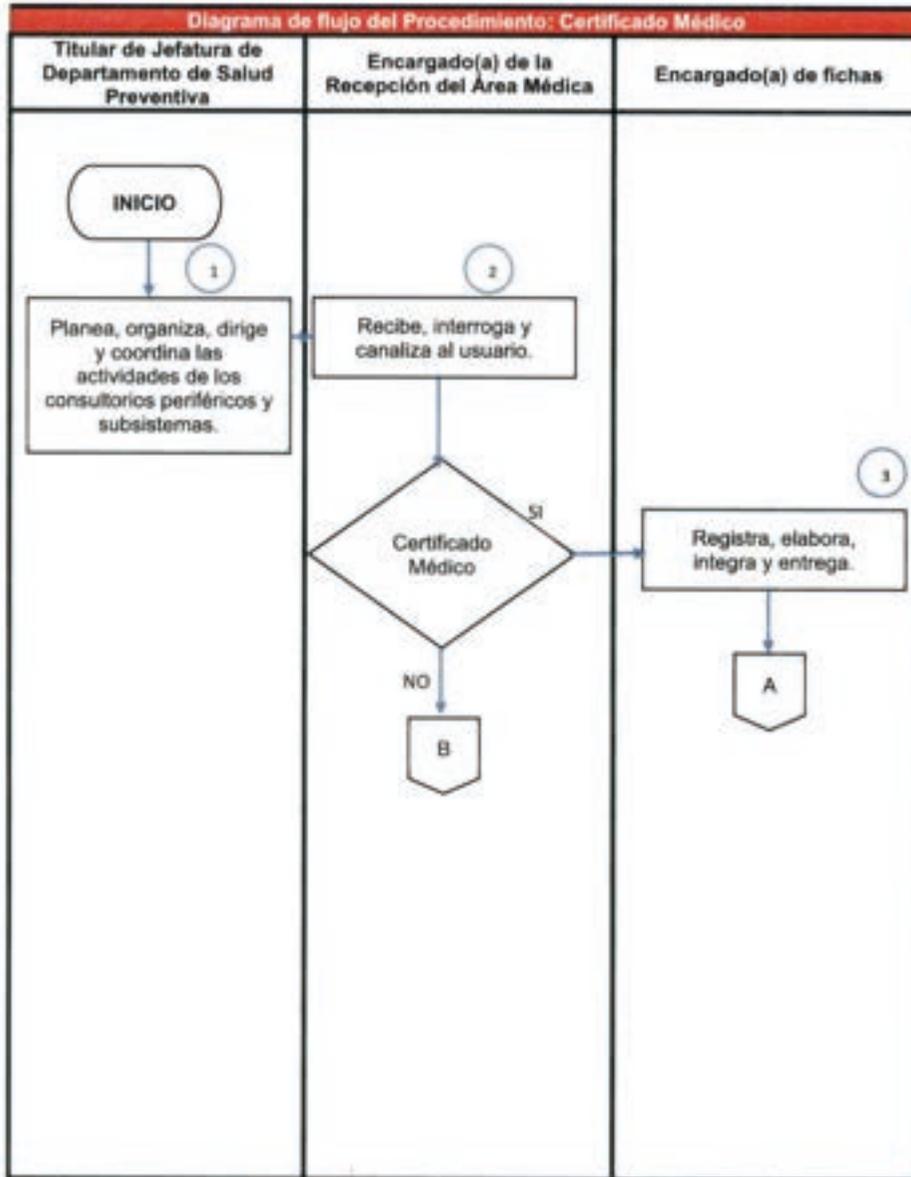
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Titular de la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva	1	Planear, organizar, dirigir y coordinar las actividades correspondientes al servicio de certificados médicos.
Encargado(a) de Recepción del Área médica	2	Recibir al paciente y entrevistarlos: <ul style="list-style-type: none"> • Preguntar a la persona usuaria si el servicio que requiere es el de certificado médico. • Canaliza a la persona usuaria al Módulo de Fichas.
Encargado(a) de Fichas	3	Entrega la ficha a la persona Usuaría y le indica que se dirija a la Caja.
Encargado (a) de Caja	4	Recibe el pago y expide el Recibo Único de Pago.
Enfermero(a)	5	Pesa y mide a la persona usuaria
Médico	6	Examina a la persona usuaria y determina si presenta alguna patología
Médico	7	Si la persona usuaria presenta patología, lo canaliza a Consulta Externa. (Se conecta con el procedimiento de Consulta Externa)
Médico	8	Si el paciente no presenta patología, realiza el examen médico y elabora el Certificado Médico
Médico	9	Le entrega Certificado Médico a la persona usuaria.
FIN		

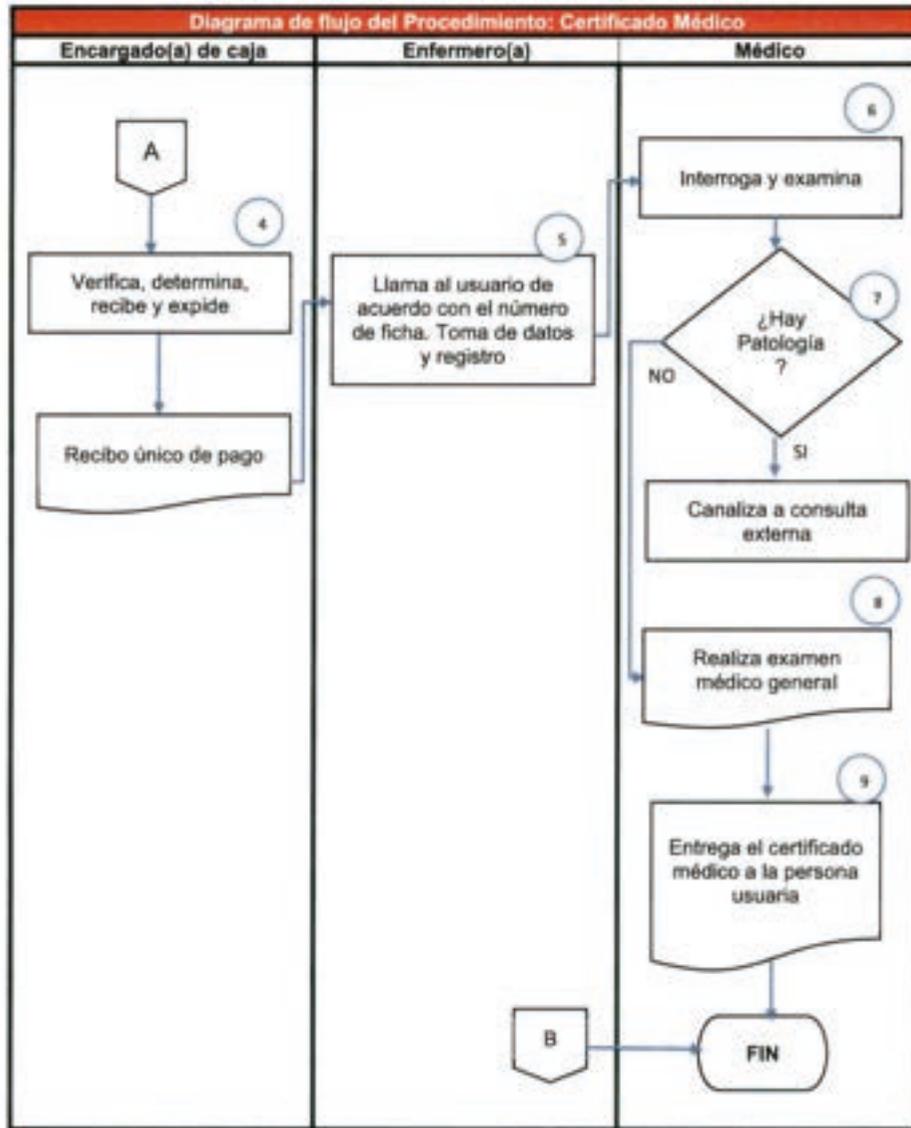




➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**



184





➤ **FORMATOS**

- **Formato de certificado médico**



CERTIFICADO MÉDICO

El que suscribe, _____ médico debidamente autorizado para el ejercicio de la profesión, con un título expedido por _____ Y con cédula de profesión N° _____ certifica que se realizó, examen médico de buena salud en la persona de:

EDAD		SEXO		PESO	
TALLA		T/A		F.C.	
RESP.		GRUPO Rh		TEMPERATURA	

Antecedentes patológicos de importancia	
Antecedentes quirúrgicos	
Alergias	
OBSERVACIONES	

DX.

I. Paciente sano, apto para realización de cualquier actividad física o deportiva.	SI	NO
II. Paciente apto para realización de actividades físicas y/o deportivas con restricciones.	SI	NO
III. Paciente no apto para realizar actividades físicas y/o deportivas.	SI	NO

Tlaxnepanitla
Nuevo Gobierno, *Nuevas Ideas*

Tlaxnepanitla de Baz a _____ de _____ de 20__

Nombre, firma y cédula profesional del Médico

DIF Central Santa Mónica: Av. Conv. Santa Mónica sin eq. Conv. San Fernando, Fracc. Jardines de Santa Mónica, Tlaxnepanitla de Baz, Edo. De México. Tel: 53989152, 53611215, 53625641, ExSt. 292 y 291





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
Dra. Ginnette Marisol Castañeda Bernal	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General



UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DEPARTAMENTO DE SALUD PREVENTIVA
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CURACIONES
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/DSP/003

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS





> OBJETIVO

Otorgar los servicios de curación que requieran las personas usuarias del municipio de Tlalnepantla de Baz, para la restauración de la salud, de conformidad con los lineamientos técnicos en la materia, emitidos por las autoridades federales y estatales.

> ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud a través de la Jefatura del Departamento de Salud Preventiva; así como a los habitantes del Municipio de Tlalnepantla de Baz, que soliciten el servicio de curaciones.

> FUNDAMENTO LEGAL

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley que Crea a los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de carácter Municipal, denominado "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Reglamento Interno del sistema municipal para el desarrollo integral de la familia de Tlalnepantla de Baz.

> RESPONSABILIDADES

Titular de la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva, deberá:

Elaborar, ejecutar, monitorear y evaluar los planes de trabajo operativos de los consultorios periféricos y subsistemas; y planear, organizar y dirigir las actividades administrativas correspondientes al servicio de curaciones del SMDIF de Tlalnepantla de Baz.

Coordinar al personal médico y de enfermería que proporciona el servicio de curaciones en el SMDIF de Tlalnepantla de Baz; así como gestionar los insumos y equipos utilizados en las actividades del servicio de curaciones.

Médico, deberá:

Proporcionar asistencia médica oportuna y de calidad a la persona usuaria del SMDIF de Tlalnepantla de Baz; así como brindar información sobre el servicio de curación, las aplicaciones, complicaciones, tratamiento y derivación en caso de que la persona usuaria lo requiera.



Enfermero(a), deberá:

Brindar asistencia a la persona usuaria del SMDIF de Tlalnepantla de Baz, mediante el ingreso a la consulta y procedimiento de curación, además de hacer la toma de signos vitales atendiendo a las buenas prácticas de enfermería; así como realizar el registro en el expediente clínico de la persona usuaria.

Encargado(a) de Recepción del área médica, deberá:

Ser el primer contacto con la persona usuaria que ingresa al servicio de curaciones del SMDIF de Tlalnepantla de Baz, proporcionando orientación y atención a dudas con información oportuna y pertinente, además de recibir a la persona usuaria e interrogarlo acerca del servicio que solicita para canalizarlo adecuadamente al área requerida.

Encargado(a) de Caja, deberá:

Verificar los datos de la persona usuaria en correspondencia al servicio solicitado en el SMDIF de Tlalnepantla de Baz, determinando el costo del servicio de acuerdo con lo establecido en el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF", vigente; así como recibir y expedir el pago correspondiente.

➤ **GLOSARIO**

- **Curaciones:** Restablecimiento o recuperación de la salud y eliminación de una enfermedad, una herida o un daño físico.
- **Herida:** Lesión, normalmente sangrante, que se produce en los tejidos exteriores del cuerpo como consecuencia de un corte, un disparo, una presión, un roce, etc.
- **Sistema de Referencia y Contra referencia:** Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contra referencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.

➤ **ACRÓNIMOS**

- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

➤ **INSUMOS**

- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Alcohol.
- Agua oxigenada.
- Estuche de disección.
- Cinta adhesiva.
- Suturas (diferentes materiales y tamaños).





> RESULTADOS

Brindar el servicio de curaciones de heridas para la población de Tlalnepantla de Baz, que requiera y se presente para la obtención de dicho servicio en el SMDIF de Tlalnepantla de Baz.

> POLÍTICAS

- La persona titular de la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva tendrá la facultad y obligación de planear, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del servicio de curaciones brindado por el SMDIF de Tlalnepantla de Baz.
- Se proporcionará el servicio de expedición de certificados médicos, de lunes a viernes en un horario de 08:00 a 14:00 horas, en los consultorios periféricos y subsistemas del SMDIF de Tlalnepantla de Baz.
- El servicio de curaciones tendrá un costo, de acuerdo con el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF", vigente.
- El personal de la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva del SMDIF, debe informar a las personas usuarias, sobre las cuotas de recuperación, horarios y tratamientos asignadas, conforme a los montos autorizados.
- El personal de la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva del SMDIF, tendrá que otorgar un servicio con calidad y calidez en un marco ético y legal, teniendo como prioridad la confidencialidad de datos.





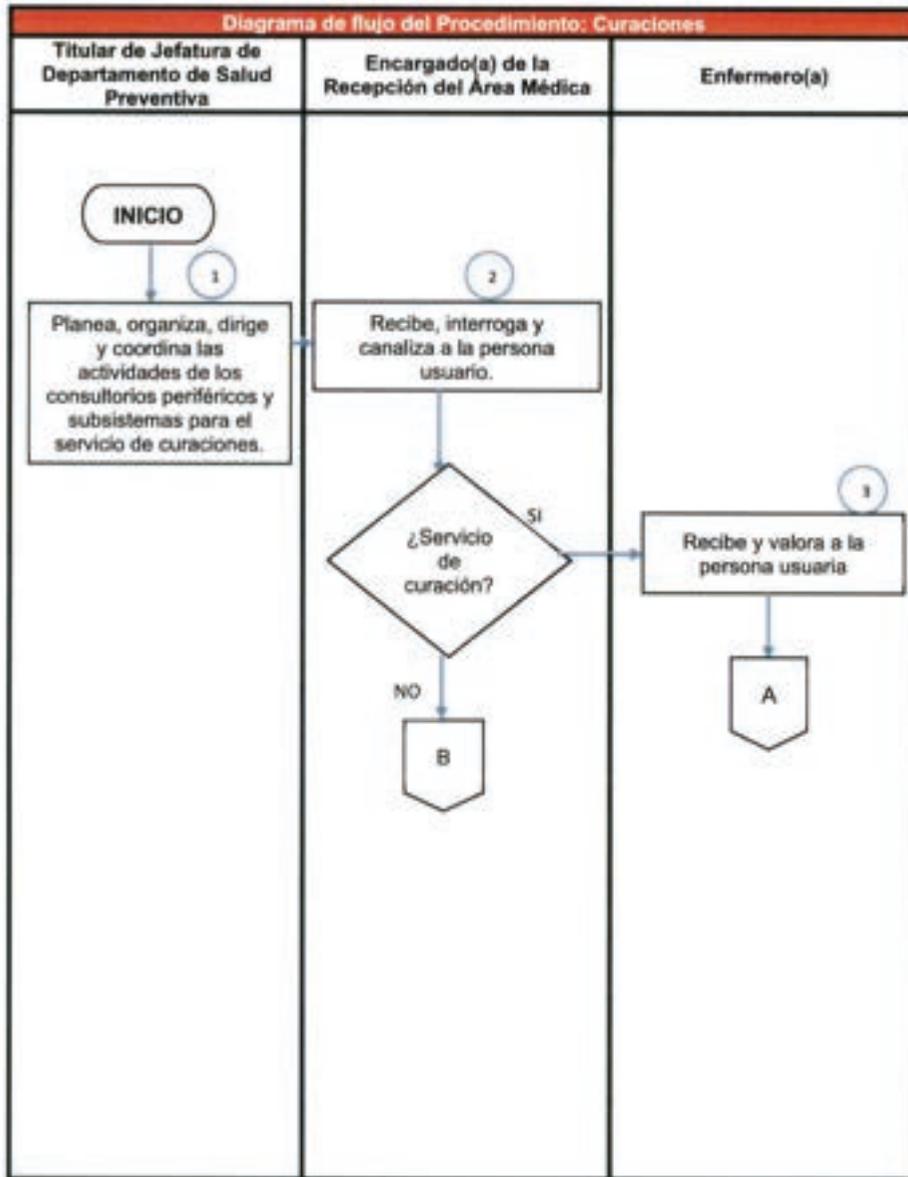
> DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

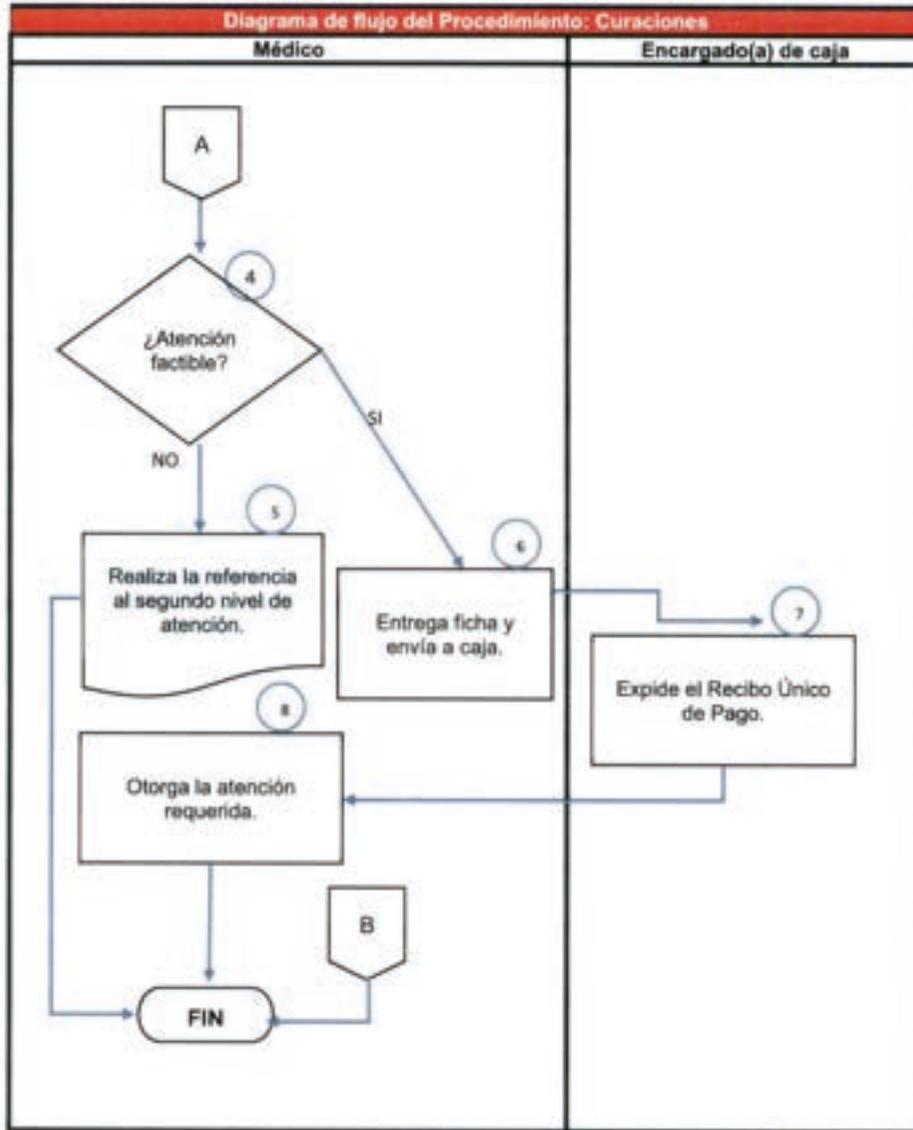
Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Titular de Jefatura de Departamento de Salud Preventiva	1	Planea, organiza, dirige y coordina las actividades de los consultorios periféricos y subsistemas para el servicio de curaciones.
Encargado(a) de Recepción del área Médica	2	Pregunta a la persona usuaria cuál es el servicio que requiere y lo envía al área de curaciones.
Enfermero(a)	3	Recibe y valora a la persona usuaria.
Médico	4	Determina si la atención médica es factible en la Unidad o si debe ser referido a Segundo Nivel.
Médico	5	Si no es factible la atención en la Unidad envía a Segundo Nivel. (Se conecta con el sistema de referencia y contra referencia).
Médico	6	Si es factible la atención en la unidad entrega ficha y envía a caja.
Encargado(a) de Caja	7	El cajero solicita a la persona usuaria realizar el pago, expide y entrega el Recibo Único de Pago.
Médico	8	Otorga la atención requerida.
FIN		





➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**







AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAXIAPA
2023 - 2024



➤ **FORMATOS**

- **Receta médica**



AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAXIAPA
2023 - 2024

RECETA MÉDICA.



NOMBRE:		EDAD:	SEXO:	FOLIO:		
PESO:	TALLA:	F.C.	F.R.	TEMPERATURA:	T.I.R.	ALERGIAS:

Impresión diagnóstica: _____ Fecha: ____/____/____



Nombre completo y firma del médico _____ Cédula profesional _____
 DIF Central Santa Mónica: Av. Corv. Santa Mónica s/n est. Corv. San Fernando, Fracc. Jardines de Santa Mónica, Tlaxiapa de Bax, Edo. De México. Tel: 55-5361-215 Ext. 300



AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAINEPANTLA DE BAZ
2022 - 2024



• Formato de referencia y contra referencia



AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAINEPANTLA DE BAZ
2022 - 2024



Sistema municipal DIF Tlalnepantla de Baz
DIRECCIÓN DE SALUD
Coordinación de Medicina General, Especialidades
Médicas y Atención Pre hospitalaria
SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA
REFERENCIA

Nombre del paciente	Unidad que envía
Edad	Nivel de atención
Domicilio	Unidad a la que se envía
Colonia	Servicio que envía

Resumen clínico	T.A.	F.C.	F.R.	TEMP.	PESO.	TALLA.
Diagnóstico						
Indicaciones						
Observaciones						

Tlalnepantla de Baz a _____ de _____ de 20_____

Médico (a) _____ Ced. Prof. _____

DIF Central Santa Mónica: Av. Conv. Santa Mónica s/n esq. Conv. San Fernando, Fracc. Jardines de Santa Mónica, Tlalnepantla de Baz, Edo. De México. Tel: 53989152, 53811215, 53625841





• Formato de referencia y contra referencia (continuación)



Sistema municipal DIF Tlalnepantla de Baz
DIRECCIÓN DE SALUD
Coordinación de Medicina General, Especialidades
Médicas y Atención Pre hospitalaria
SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA
CONTRAREFERENCIA

Nombre de la unidad que atendió:	Fecha: ingreso	hora:
Servicio que atendió:	Fecha: egreso	hora:
Nota médica	Fecha: consulta subsiguiente	hora:
		
Diagnóstico:		
Indicaciones:		
Pronóstico:		

Nivel de atención: _____

Médico (a) _____ Ced. Prof. _____

Nombre y firma



UNIDAD ADMINISTRATIVA:	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE SALUD PREVENTIVA
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	JORNADA MEDICO INTEGRAL
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO:	SMDIF/2022/MP/DS/DSP/004

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS





> OBJETIVO

Mejorar la salud pública en el municipio de Tlalnepantla de Baz, a través de la realización de jornadas médico integrales, las cuales permitan prevenir enfermedades que pongan en riesgo la salud de los pobladores de este municipio.

> ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud, a través, de la Jefatura del Departamento de Salud Preventiva; así como a los habitantes del Municipio de Tlalnepantla de Baz, que acuden a las jornadas medico integral.

> FUNDAMENTO LEGAL

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley que Crea a los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, Denominado "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

> RESPONSABILIDADES

Titular de la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva, deberá:

Programar la jornada a impartir en la comunidad, de acuerdo con la petición; y agenciar la Jornada Médica Integral a la fecha más próxima, e informa al peticionario.

Recibir oficio de solicitud para realizar Jornadas Médicas Integrales y analizar la viabilidad para realizar la Jornada Médica Integral.

Acudir a la comunidad con las unidades móviles, en dónde se realizará la Jornada Médica Integral con un médico, un odontólogo, un psicólogo y un nutriólogo; y con la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal; así como brindar los servicios de salud a los habitantes de la comunidad e informar a la Dirección General de SMDIF, los resultados de la Jornada Médica Integral.

Encargado(a) de Registro y Filtro, deberá:

Recibir a las personas que asisten a las jornadas médicas integrales, de las comunidades del Municipio de Tlalnepantla de Baz, y registrar datos a las personas usuarias de los servicios de salud que se otorgan en las jornadas médicas integrales.





Encargado(a) de Módulo, deberá:

Brindar atención de acuerdo con su especialidad de salud para las personas usuarias asistentes (medicina general, nutrición, odontología, psicología, etc.) en las jornadas médicas integrales; y registrar los datos de las personas usuarias derivados de la atención médica otorgada.

Usuario(a), deberá:

Atender las indicaciones del personal que dirige las jornadas médicas integrales del SMDIF Tlalnepantla de Baz.

➤ **GLOSARIO**

- **Comunidades:** Colonias pertenecientes al Municipio de Tlalnepantla de Baz.
- **Jornada Médico Integral:** Actividades médico-integrales en dónde se brindan los servicios de consultas de primer nivel, consulta odontológica, pláticas de promoción a la salud y servicios que contribuyen al cuidado de la salud animal.
- **Solicitud:** Petición escrita o verbal por parte de la ciudadanía para la realización de una Jornada Médica Integral.
- **Peticionario(a):** Persona o institución que interpone un derecho de petición o requerimiento de la jornada médico integral.

➤ **ACRÓNIMOS**

- **COPACI:** Consejo de Participación Ciudadana de Tlalnepantla de Baz.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

➤ **INSUMOS**

- Oficio de petición dirigido a la dirección de salud del SMDIF.
- Consumibles médicos
- Papelería médica

➤ **RESULTADOS**

Realizar las Jornadas Médicas Integrales del SMDIF de Tlalnepantla de Baz, en las comunidades del municipio de Tlalnepantla de Baz, para que la población del municipio sea beneficiada con diversos servicios médico asistenciales.



➤ POLÍTICAS

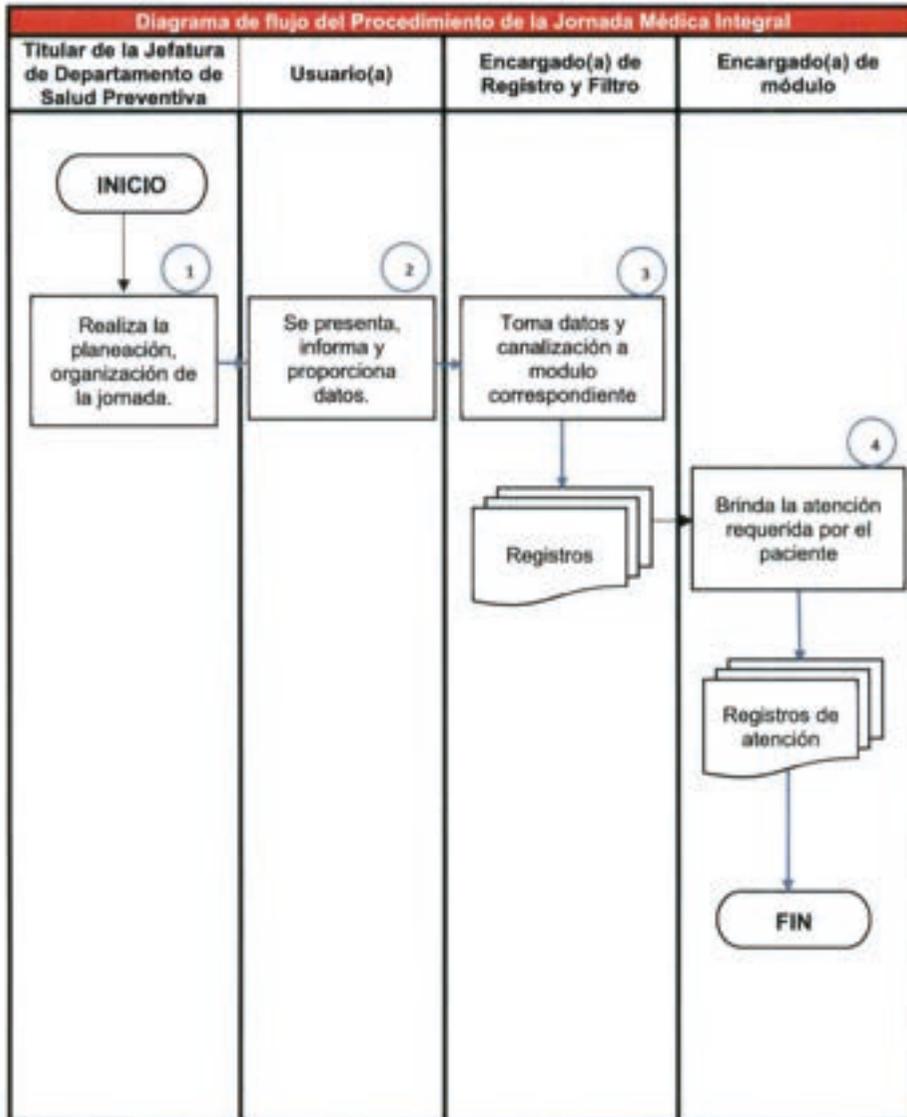
- Las Jornadas Médicas Integrales se realizan de manera gratuita en las comunidades del municipio de Tlaxtepec de Baz.
- Las Jornadas Médicas Integrales se realizarán una programación previa con el consentimiento de la Dirección de Salud, para realizar las jornadas médicas integrales.
- Las Jornadas Médicas Integrales se realizarán de acuerdo con la Programación de actividades a la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva.
- Las Jornadas Médicas Integrales se realizarán solo en el Territorio Municipal de Tlaxtepec de Baz.
- Las Jornadas Médicas Integrales se podrán solicitar por las comunidades a través del COPACI, mediante un oficio a la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva.
- Se otorgará un servicio con calidad y calidez a los ciudadanos en los servicios de salud otorgados durante las Jornadas Médicas Integrales realizadas por el SMDIF Tlaxtepec de Baz.
- El ciudadano deberá ser atendido en un marco ético y legal, teniendo como prioridad la confidencialidad de datos.

➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Titular de la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva	1	Planea, organiza, dirige, controla y coordina las actividades de las Jornadas Médicas Integrales del SMDIF de Tlaxtepec de Baz.
Usuario(a)	2	Se presenta al área de registro, de la jornada en cuestión, del Sistema Municipal de Desarrollo Integral de la Familia de Tlaxtepec de Baz.
Encargado(a) de registro y filtro	3	Realiza la toma de datos de paciente y canaliza a la persona usuaria al módulo correspondiente para el servicio solicitado.
Encargado(a) de Módulo	4	Otorga el servicio solicitado y una vez concluido indica retirarse.
FIN		



> DIAGRAMA DE FLUJO





▪ Padrones para pláticas en jornadas médicas



PADRONES PARA PLÁTICAS EN JORNADAS MÉDICAS

FECHA _____

[Grayscale Header]		
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		

204



• Listas de capacitación



DIRECCIÓN DE SALUD



"2012. Año del Quincuésimo de la Fundación de Toluca de Lerdo, Capital del Estado de México"

SIMDIF DE TLAXCALA
DEPARTAMENTO DE SALUD PREVENTIVA
LISTADO DE CAPACITACIÓN DE GASTROENTERITIS
FECHA: _____

NO.	NOMBRE	FIRMA
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		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		

NOMBRE DEL RESPONSABLE: _____

Sistema Municipal SIMDIF Tlaxcala de San
Av. Convento de Santa Mónica s/n, s/n, Convento de San Fernando
C.P. 94000 Estado de México
Tel (55) 5561 0110 ext 114
www.tlaxcala.gob.mx



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
Dra. Ginnette Marisol Castañeda Bernal	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





c) JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA

UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	OTORGAMIENTO DE CONSULTA ODONTOLÓGICA
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/DO/001

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS



> OBJETIVO

Restaurar los órganos dentales, para disminuir las enfermedades bucales; así como crear una cultura de prevención de las mismas a través de los servicios odontológicos a bajo costo que se brindan en el DIF Central, Subsistemas y Centros Periféricos del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

> ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud a través de la Jefatura de Departamento de Odontología; así como a la población que solicite el servicio de consulta odontológica.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
- Ley de Asistencia Social.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, Denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Reglamento de Salud del Estado de México.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, México.
- Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz.
- Libro Segundo del Código Administrativo del Estado de México.
- Libro Décimo Primero del Código Administrativo del Estado de México.
- NOM-004-SSA3- 2012, Del expediente clínico.
- NOM-013-SSA2-2015, Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales.
- NOM-005-SSA3-2010, Que Establece los Requisitos Mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos para la Atención Médica de Pacientes Ambulatorios.
- NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección Ambiental - Salud Ambiental - Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos - Clasificación y Especificaciones de Manejo.

> RESPONSABILIDADES

DIFEM, deberá:

Recibir y validar el Informe Global Mensual.

Titular de la Dirección de Salud deberá:

Supervisar a la Jefatura de Departamento de Odontología en el cumplimiento y avance de sus metas recaudatorias; así como de calidad del servicio dental brindado a la población.





Titular de la Jefatura de Departamento de Odontología deberá:

Verificar que se cumplan las normas y lineamientos en materia de odontología que establece DIFEM; supervisar de manera continua los consultorios periféricos, subsistemas y centrales; asimismo administrar los materiales e insumos odontológicos para el personal a su cargo.

Recibir y revisar los reportes mensuales de los consultorios periféricos, subsistemas y centrales; concentrar información acumulada de los avances mensuales en un informe global mensual; y entregar los informes mensuales a DIFEM (consultas, pláticas y fluoraciones).

Cotejar el desarrollo de programas establecidos para el fomento de la salud oral; fomentar la capacitación de su personal que brinda los servicios de salud; implementar mecanismos de control interno para la prestación de servicios de odontología; así como gestionar mejoras de los recursos materiales y de equipamiento de la unidad administrativa a su cargo.

Odontólogos(as) generales o especialistas, deberán:

Realizar la recepción del paciente, revisión, diagnóstico e historia clínica; con la finalidad de restaurar, devolver la salud, función y estética bucal a los pacientes que acuden a consulta.

Brindar servicios de prevención primaria de enfermedades bucales por medio de aplicación de flúor, llevando dichos servicios a las zonas prioritarias; y fomentar la higiene bucal en la población por medio de las pláticas de técnica de cepillado y auxiliares de higiene.

Realizar el registro de actividades diarias en la hoja de actividad; así como elaborar el informe mensual de actividades.

Personal de recepción, deberá:

Brindar informes acerca del servicio que se ofrece la Jefatura de Departamento de Odontología.

Cajero(a), deberá:

Registrar los datos en el recibo de pago y cobrar la consulta de acuerdo al costo del tratamiento indicado.

Paciente, deberá:

Determinar si requiere o no el servicio que brinda la Jefatura de Departamento de Odontología.



> GLOSARIO

- **Caries dental:** La caries dental es un proceso infeccioso localizado, multifactorial que puede iniciar con la erupción dentaria, afecta la salud general y la calidad de vida, las bacterias que causan caries producen ácidos que atacan la superficie del diente o esmalte. Esto puede ocasionar una cavidad en el diente, que se llama caries.
- **Consulta dental:** Servicio en el cual el odontólogo realiza una valoración al paciente conforme a su sintomatología para determinar el padecimiento y el tipo de tratamiento.
- **Cuota de Recuperación:** Cantidad que debe cubrir la persona usuaria por la prestación del servicio dental o de especialidad dental brindado por personal del SMDIF, el cual es determinado por el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF", vigente.
- **Diagnóstico:** Resultado obtenido de la exploración clínica del paciente.
- **DIF Central:** Al inmueble que cuenta con consultorios de salud que se ubica en Av. Convento de Santa Mónica s/n esq. Convento de San Fernando, Fraccionamiento Jardines de Santa Mónica, Tlalnepantla de Baz, Estado de México, C.P. 54000.
- **Historia clínica:** Documento que recaba los datos personales y clínicos de relevancia de cada paciente.
- **Maloclusiones dentales:** Una maloclusión dental es una alineación incorrecta de los dientes, normalmente causada por una anomalía del tamaño de las piezas en las arcadas o su alineación.
- **Odontología:** Parte de la odontología que estudia los dientes, sus tejidos duros y blandos que lo rodean y sus enfermedades.
- **Odontología restaurativa:** Tratamientos bucales que se basa en corregir la estructura dental o en atender enfermedades orales, que ponen en riesgo la salud y la estética dental de las personas.
- **Odontología preventiva:** Tratamientos bucales que se basa en prevenir la aparición de enfermedades orales de mayor prevalencia.
- **Ortodoncia:** Es una especialidad de la odontología que se encarga de la corrección de los dientes y huesos posicionados incorrectamente.
- **Paciente:** Persona que es examinada medicamente o al que se administra un tratamiento.
- **Servidores públicos:** A las personas que desempeñan un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en la Administración Pública del SMDIF.
- **Subsistemas:** A los centros de atención integrales ubicados en diferentes regiones del municipio de Tlalnepantla de Baz, Estado de México.
- **Tártaro dental:** El sarro dental, conocido también como cálculo dental o tártaro, es la calcificación de la placa bacteriana en nuestras encías y dientes.
- **Tratamiento:** Al procedimiento integral y especializado proporcionado por odontólogos del SMDIF, tendiente a la rehabilitación de la salud de los pacientes.

> ACRÓNIMOS

- **DIFEM:** Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.





- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

➤ INSUMOS

- Recibo de pago.
- Historia clínica.
- Consentimiento informado.
- Receta.
- Radiografía auxiliar de diagnóstico.
- Instrumental de odontología.
- Equipo de odontología.
- Material odontológico.

➤ RESULTADOS

Brindar atención dental, restituyendo la salud, estética y función del paciente a través de un tratamiento restaurativo, ya sea retirando el tártaro dental que afecta los tejidos de soporte del diente, la obturación de una caries, la extracción de un órgano dental que es ya un foco de infección, el tratamiento de una maloclusión dental, mediante la ortodoncia o en su caso realizar la canalización al área pertinente para tratar su malestar.

➤ POLÍTICAS

- La cuota de recuperación para el otorgamiento de consulta odontológica; así como de cualquier tratamiento odontológico, se aplicará de acuerdo a lo establecido en el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF", vigente".
- El paciente deberá realizar el pago del servicio en la caja o en caso de no contar con caja directamente con el odontólogo.
- Los servicios odontológicos se brindarán en el DIF Central, Subsistemas y Centros Periféricos del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.
- La persona usuaria deberá solicitar el servicio de odontología, dentro de los horarios establecidos en cada consultorio
- Cada paciente contará con un expediente clínico propio.
- Cada paciente deberá autorizar la realización del tratamiento mediante la firma de su expediente clínico.
- Cuando se presente una falta de respeto del paciente, o de sus familiares o el hecho de presentarse en estado inconveniente (alcohol o drogas), se suspenderá la atención dental.
- La Jefatura de Departamento de Ingresos, será la encargada de realizar la conciliación de los recursos propios recaudados a través del servicio de odontología.



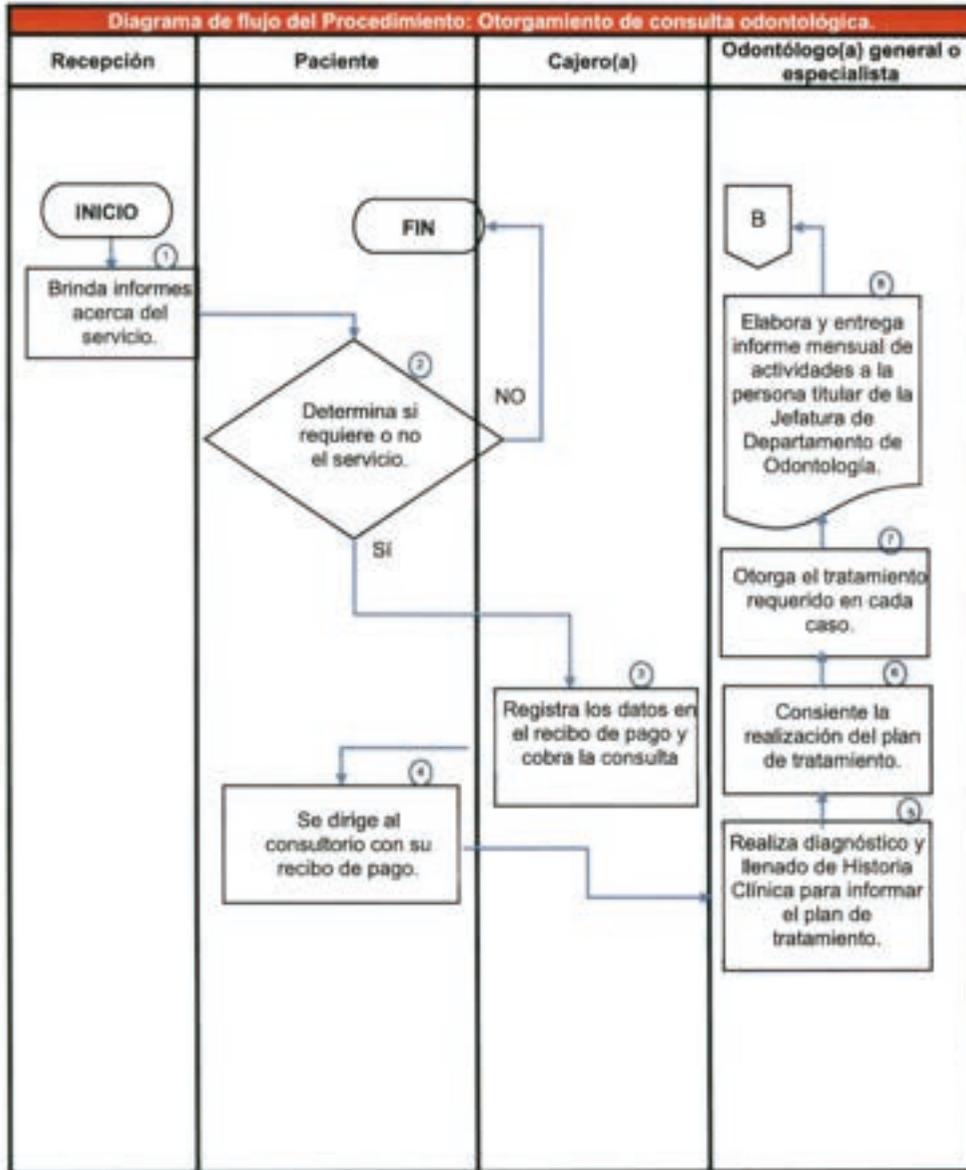
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

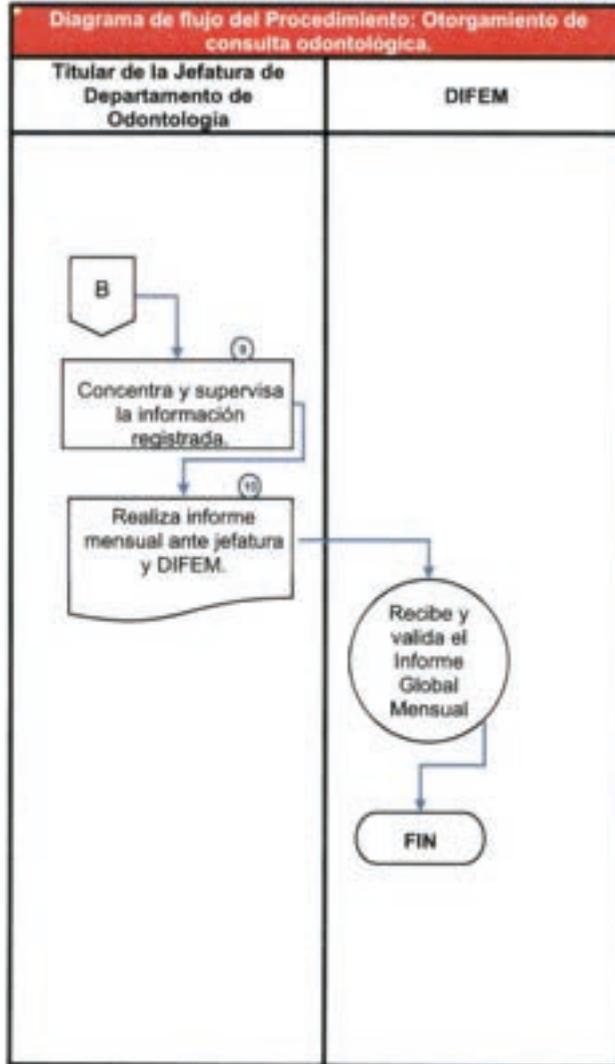
Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Personal de recepción	1	Brinda informes acerca del servicio que se ofrece la Jefatura de Departamento de Odontología,
Paciente	2	Determina si requiere o no del servicio dental.
Cajero(a)	3	Registra los datos en el recibo de pago y cobra la consulta de acuerdo al costo del tratamiento indicado.
Paciente	4	Acude al consultorio con su recibo de pago.
Odontólogo(a) general o especialista	5	Realiza el diagnóstico y llenado de Historia Clínica para informar al paciente de su estado actual de salud bucal y el plan de tratamiento adecuado para su caso.
Odontólogo(a) general o especialista	6	Consiente la realización del plan de tratamiento.
Odontólogo(a) general o especialista	7	Otorga el tratamiento requerido en cada caso.
Odontólogo(a) general o especialista	8	Elabora y entrega informe mensual de actividades a la persona titular de la Jefatura de Departamento de Odontología.
Titular de la Jefatura de Departamento de Odontología	9	Concentra y supervisa la información registrada.
Titular de la Jefatura de Departamento de Odontología	10	Elabora un informe mensual de todos sus elementos para su entrega a DIFEM.
DIFEM	11	Recibe y valida el Informe Global Mensual.
FIN		





> **DIAGRAMA DE FLUJO**







➤ **FORMATOS**

▪ **Historia clínica de odontología**

 **GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO** Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
 Dirección de Promoción y Bienestar Familiar
 Subdirección de Promoción de Salud

 **DIF EDOMEX** INSTRUMENTOS PARA EL MANEJO DEL RIESGO

ÁREA DE ODONTOLÓGIA HISTORIA CLÍNICA

Nombre de la paciente _____ Tipo de sangre _____
 Sexo _____ Edad _____ Año escolar _____ Grupo _____ Domicilio _____
 Entrenador _____
 Unidad educativa _____ Asilo _____
 Fecha de primera atención al servicio _____ Nombre de la escuela _____

1 - ¿Qué enfermedad padece actualmente? _____
 2 - Cuando acudió a la consulta médica, ¿le diagnosticaron alguna enfermedad? Sí No Enfermedades del corazón Sí No
 Diabetes Sí No Tuberculosis Sí No Fiebre reumática Sí No Anemia Sí No
 Anemia Sí No Hepatitis Sí No Ent. Virales Sí No Artritis Sí No
 3 - ¿Es usted alérgico a la penicilina? Sí No Otro medicamento Sí No ¿Cuáles? _____
 4 - ¿Le han anestesiado anteriormente? Sí No 5 - ¿Ha tenido problemas cuando se le aplicaron? Sí No
 ¿Presentó sangrado? Sí No 6 - ¿Qué le sucedió? _____
 7 - ¿Usa medicamentos anticoagulantes? Sí No Tranquilizantes Sí No ¿Cuáles? _____
 8 - ¿Algún familiar es diabético? Sí No Parentesco _____ 9 - ¿Hiperensión arterial? Sí No

EXPLORACIÓN: FACIAL Y TEJIDOS BLANDOS

Cara N A Oído N A Articulación TMJ A Labios N A
 Cabello N A Piel: dura N A Piel: blanda N A Lengua N A
 Piso de boca N A Glándulas salivales N A Amígdalas N A Otras anomalías N A

EXAMEN: PARODONTAL

POB N A Sangre intragíngival N A Bolsa parodontal N A
 Materia blanda N A Gingivitis N A Acrota parodontal N A
 Sangre subgíngival N A Movilidad dentaria N A Reabsorción ósea N A

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>															

PERMANENTES **TEMPORALES**

Canales _____ Canales _____
 Perdidos _____ Perdidos _____
 Ocluidos _____ Ocluidos _____



• Historia clínica de odontología (Continuación)

ACEPTACIÓN DE TRATAMIENTO

Los datos proporcionados por la o el paciente son verídicos. La o el paciente autoriza a las o los C.D. del DIF Estado de México para que practiquen las curaciones e intervenciones necesarias para su tratamiento sin desconocer los riesgos que estas implican, por lo que la o el paciente libera a las o los C.D. de toda responsabilidad.

Aceptación de tratamiento de la o el paciente
(Firma del padre/madre o tutor)

Firma de la o el Odontólogo/Odontóloga

HOJA DE EVOLUCIÓN

Cita	Hora	Labor ejecutada	Nombre de la/s C.D.	Firma

OBSERVACIONES

Los datos personales recabados serán protegidos, almacenados y tratados en la base de datos correspondiente, a cargo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, con la finalidad de acreditar la inscripción de los beneficiarios de los servicios de Programa, así como transparentar el uso y aplicación de los recursos del mismo. Si antes del Ayuntamiento se le deposita por el artículo 18 de la Ley de Acceso de la Información Pública del Estado de México a la ciudad. Si del Programa Integral del Sistema Integral de la Salud de Tlaxcala, tanto para las registradas ante el Instituto de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipales, Ley de Protección de Datos Personales del Estado de México y demás normativas aplicables, así como de otras disposiciones previstas en la Ley.

La Unidad Administrativa responsable de la base de datos referida es la Subdirección de Prevención de Riesgos del DIF Estado de México y el domicilio donde se encuentran podrá ser de carácter de acceso y consulta ante la misma, en el Puerto de Paz y Puntos Orientales con Calle Felipe E. P. 20170, en Tlaxcala, Estado de México.

Se manifiesta la plena conformidad de cumplimiento a los mandatos, deberes, leyes y órdenes superiores de los Lineamientos para el Manejo, Mantenimiento y Seguridad de los Datos Personales, que se encuentran en posesión del Poder Ejecutivo del Estado de México, sus dependencias y organismos a ellas, del Poder Judicial y de la Procuraduría General de la Justicia, tanto de carácter obligatorio de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipales.

RE200C0201060402L/720/2022



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TALLAXPANTLA DE SAIZ
2022-2024



• **Consentimiento informado de odontología**



Secretaría de Desarrollo Integral de la Comunidad, Turismo y Recreación
Municipio de Tlalaxpantla, Estado de México
Calle de la Libertad s/n. Tlalaxpantla, Estado de México



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha (H) _____

No. Inv: (H) _____

Nombre (H) _____

Ocupación (H) _____ Edad (H) _____ Sexo (H) _____

C. C. O. (H) _____ odontólogo (H) _____

(H) _____ me ha informado de sus procedimientos

por lo que a lo necesario me someteré a estudios de laboratorio, gabinete, radiopatología y procedimientos anestésicos, así como tratamientos odontológicos y/o quirúrgicos considerados como indispensables para alcanzar mi salud.

El (la) odontólogo (a) me informó de los riesgos y las posibles complicaciones de los medios de diagnóstico y los tratamientos odontológicos y/o quirúrgicos.

Diagnóstico (H) _____

Estudios de laboratorio, gabinete e histopatológicos (H) _____

Anest. anestésicos (H) _____

Tratamientos odontológicos (H) _____ Tratamientos quirúrgicos (H) _____

Riesgos y complicaciones (H) _____

Autorizo al odontólogo (H) _____ para que realice los estudios y tratamientos correspondientes.

Tengo la plena libertad de revocar la autorización de los estudios y tratamientos en cualquier momento antes de realizarlos.
En caso de ser menor de edad o con incapacidad, se informa y autoriza al responsable.

AUTORIZA PADRE, MADRE O TUTOR

Nombre y firma (H) _____

TESTIGO

TESTIGO

Nombre y firma (H) _____

Nombre y firma (H) _____

Este consentimiento informado es un documento que debe ser leído y entendido por el paciente o su representante legal, antes de iniciar cualquier procedimiento odontológico. El consentimiento informado es un documento que debe ser leído y entendido por el paciente o su representante legal, antes de iniciar cualquier procedimiento odontológico. El consentimiento informado es un documento que debe ser leído y entendido por el paciente o su representante legal, antes de iniciar cualquier procedimiento odontológico.

Este consentimiento informado es un documento que debe ser leído y entendido por el paciente o su representante legal, antes de iniciar cualquier procedimiento odontológico. El consentimiento informado es un documento que debe ser leído y entendido por el paciente o su representante legal, antes de iniciar cualquier procedimiento odontológico.

Este consentimiento informado es un documento que debe ser leído y entendido por el paciente o su representante legal, antes de iniciar cualquier procedimiento odontológico. El consentimiento informado es un documento que debe ser leído y entendido por el paciente o su representante legal, antes de iniciar cualquier procedimiento odontológico.

FE.2002101000A025/1/26/2021



II. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TIALNEPANTLA DE BAZ
2022 - 2024



• Receta de odontología



RECETA ODONTOLÓGICA



Folio: 00201

NOMBRE _____ FECHA _____
Edad: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Talla: _____ TIA: _____ Alergias: _____

NO VALIDO



Nombre completo y firma del odontólogo

Cédula profesional

DIF Tlalnepantla de Baz Av. Convento de Santa Mónica s/n. esq. Convento de San Fernando-Franco Jardines de Santa Mónica, CP 54050 Tlalnepantla de Baz
Teléfono: 5553612113 Ext. 295





Informe mensual de actividades de odontología



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DE ODONTOLÓGIA

Fecha: (H) _____

Nombre de la(s) odontólogo(a): (H) _____

Domicilio del consultorio: (H) _____

Localidad: (H) _____ Municipio: (H) _____

Número de odontólogos(as): (H) _____

Descripción programática	Acciones (T)	Beneficiados (H)
Consulta primera vez		
Consulta subsiguiente		
Total de consultas		
Actividades preventivas		
Placas educativas		
Pláticas a maestros y/o maestras		
Pláticas a padres y madres de familia		
Total de pláticas grupales		
Entrega de placa bacteriana		
Entrega de uso de técnica de cepillado		
Entrega de uso de hilo dental		
Revisión de hábitos dentales		
Revisión e instrucción de higiene de prótesis		
Entrega de autoevaluación de salud bucal		
Consultas individuales		
Extracciones de furor		
Caratillas		
Aplicación tópica de fluor para el esmalte		
Sealedores de fosas e fisuras		
Profilaxia		
Oleoterapia		
Odontología Restaurativa		
Resinas		
Coronación de vidrio		
Tratamiento Restaurativo Anatómico sobre implante		
Curación con material temporal		
Extracciones temporales		
Extracciones permanentes		
Terapia Púrpura ambrolina, sudoterapia, pupectancia		
Cirujas		
Farmacoterapias		
Radiografías		
Otras intervenciones		
Suma de tratamientos realizados		
Tratamiento Integral Terminado		
Cancelaciones		

Valer de Topaca Área metropolitana Unidades móviles Áreas del DIFEM

Población beneficiada (H)

Rango de edad	Género		Total
	Femenino	Masculino	
0-5			
6-12			
13-17			
Adultos			

#E200C0101060402L/731/2022



EL AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TALAIPANTLA DE SAIZ
2022-2024



• **Constancia de Enjuagatorios de Fluoruro**



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Dirección de Prevención y Bienestar Familiar
Subdirección de Promoción de Rango



CONSTANCIA DE ENJUAGATORIOS DE FLUORURO

Por este medio se hace constar que el Dr. (1) _____

Realizó los días (2) _____

Las actividades consistentes en:

Enjuagatorios de fluoruro a (3) _____ niñas y niños.

Pláticas de técnica de cepillado a (4) _____ niñas y niños.

Plática de placa dentobacteriana (5) _____ niñas y niños.

Plática de beneficios de fluoruro a (6) _____ niñas y niños.

(7) _____ pláticas a (8) _____ padres de familia

Escuela o municipio (9) _____

De acuerdo con las metas programadas y la finalidad de dar protección y educación a la población escolar del Estado de México

AUTORIDADES ESCOLARES Y/O MUNICIPALES

Nombre y firma (10)

RE200C01010604021/732/2022

220



• Formato de referencia

FORMATO DE REFERENCIA

Fecha de referencia: (8) _____

Nombre del hijo paciente: (9) _____

Dirección y teléfono: (6) _____

Género: (4) M F Edad: (5) _____

Unidad a la que se refiere: (7) _____

Urgencia: (3) SI NO Servicio al que se refiere: (1) _____

RESUMEN CLÍNICO (10)

Diagnóstico de referencia: (11) _____

Motivo de referencia: (12) _____

Tratamiento inicial: (13) _____

PACIENTE (MADRE, PADRE O TUTOR)

MÉDICO (A)

Nombre y firma (14)

Nombre y firma (14)

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados o tratados en la base de datos correspondiente, a cargo del Sistema para el Seguimiento Integral de la Familia, con la finalidad de facilitar la implementación de las intervenciones del modelo de servicios del Programa, así como el monitoreo de su ejecución y evaluación de los resultados del mismo, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento del Sistema para el Seguimiento Integral de la Familia del Estado de México y el artículo 10 de la Ley de Protección Social del Estado de México y el artículo 9 del Reglamento Interior del Gobierno para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado. Otros datos serán registrados ante el Instituto de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios, Ley de Protección de Datos Personales del Estado de México y demás normativas aplicables, según lo establezca el presente en su momento.

La Unidad Administrativa responsable de la base de datos creada en el Subprograma de Promoción de Salud del DIF Estado de México y el domicilio donde se encuentre el paciente será el domicilio y domicilio de la familia en el Puerto de Pánuco, Nuevo Chingón y San Juan Pánuco, C.P. 20070, en Tlaxiapantla, Estado de México.

Se emite en cumplimiento a lo establecido en el artículo 10 de la Ley de Protección Social del Estado de México, el artículo 9 del Reglamento Interior del Gobierno para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, las dependencias o organismos adscritos, los programas públicos y el Programa General de la Salud, así como los artículos de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

FE200010100642L72L001



- Bitácora de esterilización

BITÁCORA DE ESTERILIZACIÓN

FECHA	HORA DE ENTRADA DEL MATERIAL	GRADOS DE AUTOCLAVE O ESTERILIZADOR	HORA DE SALIDA	FIRMA

223



> VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
C.D. Judith Perla Jiménez Zavaleta	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Odontología	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ONDONTOLOGÍA
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	OTORGAMIENTO DE CONSULTA DENTAL EN JORNADA
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/DO/002

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS



> OBJETIVO

Restaurar los órganos dentales, para disminuir las enfermedades bucales; así como crear una cultura de prevención de las mismas, mediante los servicios odontológicos que se brindan en las Jornadas brindadas por el SMDIF de Tlalnepantla de Baz.

> ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud a través de la Jefatura de Departamento de Odontología; así como a la población que acuda a la Jornada por el servicio de consulta dental.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
- Ley de Asistencia Social.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- Ley que Crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, Denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Reglamento de Salud del Estado de México.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, México.
- Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz.
- Libro Segundo del Código Administrativo del Estado de México.
- Libro Décimo Primero del Código Administrativo del Estado de México.
- NOM-004-SSA3- 2012, Del Expediente Clínico.
- NOM-013-SSA2-2015, Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales.
- NOM-005-SSA3-2010, Que Establece los Requisitos Mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos para la Atención Médica de Pacientes Ambulatorios.
- NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección Ambiental - Salud Ambiental - Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos - Clasificación y Especificaciones de Manejo.

> RESPONSABILIDADES

DIFEM, deberá:

Recibir y validar el Informe Global Mensual.

Titular de la Dirección de Salud, deberá:

Supervisar a la Jefatura de Departamento de odontología en el cumplimiento y avance de sus metas recaudatorias, así como la calidad del servicio dental brindado a la población.





Titular de la Jefatura de Departamento de Odontología, deberá:

Verificar que se cumplan las normas y lineamientos que en materia de odontología que establece DIFEM; y coordinar la prestación de servicios odontológicos en las jornadas brindadas por el SMDIF.

Cotejar el desarrollo de programas establecidos para el fomento de la salud oral; fomentar la capacitación de su personal que brinda los servicios de salud; implementar mecanismos de control interno para la prestación de servicios de odontología; y administrar los materiales e insumos odontológicos para el personal a su cargo.

Recibir y revisar los reportes mensuales de los consultorios periféricos, subsistemas y central; concentrar la información acumulada de los avances mensuales en un informe global mensual; y entregar los informes mensuales a DIFEM (consultas, pláticas y fluoraciones).

Paciente, deberá:

Determinar si requiere o no del servicio dental, proporcionado por la Jefatura de Departamento de Odontología en la Jornada.

Odontólogos(as) generales, deberá:

Realizar la recepción en la Jornada correspondiente del paciente, revisión, diagnóstico e historia clínica; con la finalidad de restaurar, devolver la salud, función y estética bucal a los pacientes que acuden a consulta.

Brindar servicios de prevención primaria de enfermedades bucales por medio de aplicación de flúor, llevando dichos servicios a las zonas prioritarias; y fomentar la higiene bucal en la población por medio de las pláticas de técnica de cepillado y auxiliares de higiene.

Realizar el registro de actividades diarias en la hoja de actividad; así como elaborar el informe mensual de actividades.

➤ **GLOSARIO**

- **Caries dental:** La caries dental es un proceso infeccioso localizado, multifactorial que puede iniciar con la erupción dentaria, afecta la salud general y la calidad de vida, las bacterias que causan caries producen ácidos que atacan la superficie del diente o esmalte. Esto puede ocasionar una cavidad en el diente, que se llama caries.
- **Consulta dental:** Servicio en el cual el odontólogo realiza una valoración al paciente conforme a su sintomatología para determinar el padecimiento y el tipo de tratamiento.
- **Diagnóstico:** Resultado obtenido de la exploración clínica del paciente.
- **Historia clínica:** Documento que recaba los datos personales y clínicos de relevancia de cada paciente.
- **Odontología:** Parte de la odontología que estudia los dientes, sus tejidos duros y blandos que lo rodean y sus enfermedades.





- **Odontología restaurativa:** Tratamientos bucales que se basa en corregir la estructura dental o en atender enfermedades orales que ponen en riesgo la salud y la estética dental de las personas.
- **Odontología preventiva:** Tratamientos bucales que se basa en prevenir la aparición de enfermedades orales de mayor prevalencia.
- **Paciente:** Persona que es examinada medicamente o al que se administra un tratamiento.
- **Servidores Públicos:** A las personas que desempeñan un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en la Administración Pública del SMDIF.
- **Tártaro dental:** El sarro dental, conocido también como cálculo dental o tártaro, es la calcificación de la placa bacteriana en nuestras encías y dientes.
- **Tratamiento:** Al procedimiento integral y especializado proporcionado por médicos y odontólogos del SMDIF, tendiente a la rehabilitación de la salud de los pacientes.
- **Unidad móvil:** Consultorio vehicular móvil que brinda atención odontológica en la Jornada.

➤ ACRÓNIMOS

- **DIFEM:** Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

➤ INSUMOS

- Historia clínica.
- Consentimiento informado.
- Receta.
- Instrumental de odontología.
- Equipo de odontología.
- Material odontológico.

➤ RESULTADOS

Brindar atención dental a través de las Jornadas realizadas por el SMDIF de Tlalnepantla de Baz, a la población de Tlalnepantla de Baz, con la finalidad restituir su salud, estética y función del paciente, por medio un tratamiento restaurativo, ya sea retirando el tártaro dental, que afecta los tejidos de soporte del diente, la obturación de una caries, la extracción de un órgano dental que es ya un foco de infección, el tratamiento de una maloclusión dental; mediante la ortodoncia o en su caso realizar la canalización al área pertinente para tratar su malestar.

➤ POLÍTICAS

- Los servicios de la jornada son gratuitos.
- El usuario(a) deberá solicitar el servicio de odontología, dentro de los horarios establecidos en la jornada.





- Cada paciente contará con un expediente clínico propio.
- Cada paciente deberá autorizar la realización del tratamiento mediante la firma de su expediente clínico.
- Cuando se presente una falta de respeto del paciente, o de sus familiares o el hecho de presentarse en estado inconveniente (alcohol o drogas), se suspenderá la atención dental.

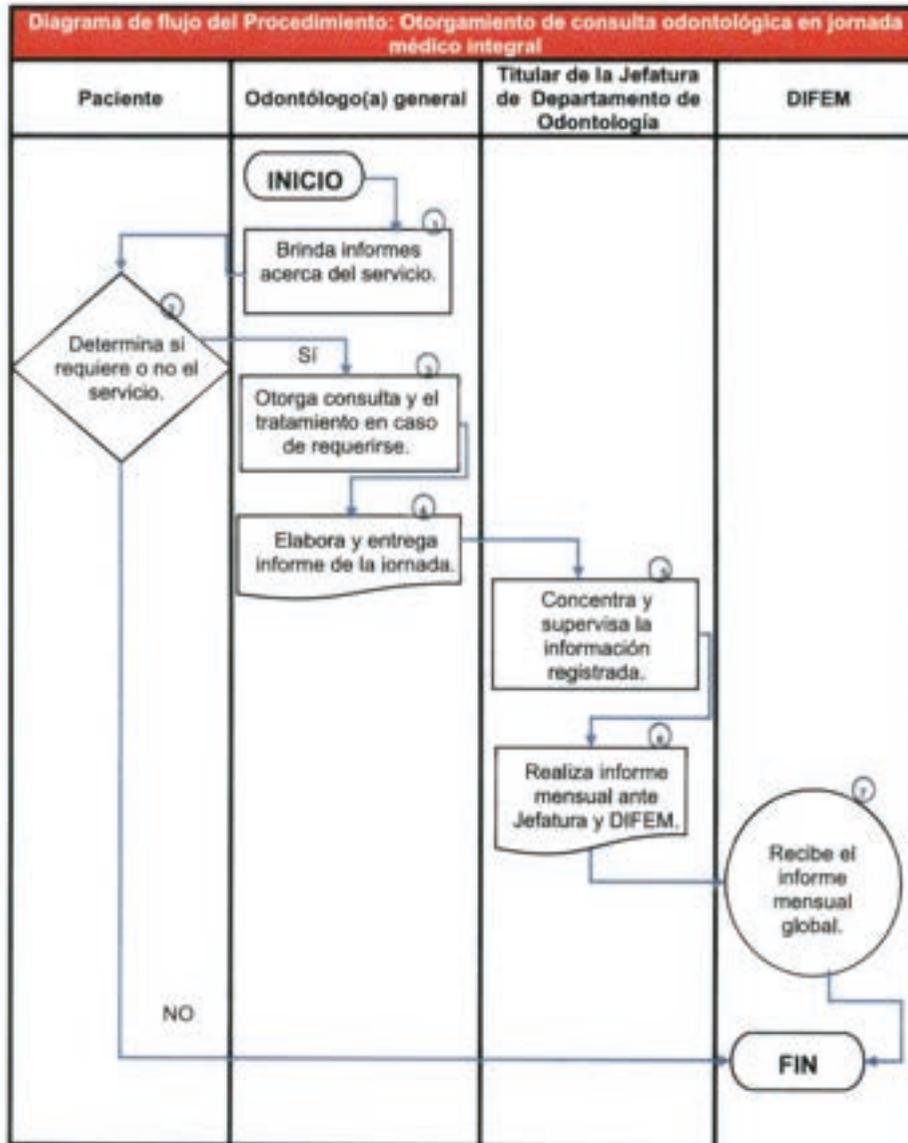
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Odontólogo(a) generales	1	Brinda informes acerca del servicio que se ofrece en la Jornada.
Paciente	2	Determina si requiere o no del servicio dental.
Odontólogo(a) generales	3	Brinda la consulta y el tratamiento en caso de requerirse.
Odontólogo(a) generales	4	Elabora y entrega informe mensual de actividades realizadas en las Jornadas a la persona titular de la Jefatura de Departamento de Odontología.
Titular de la Jefatura de Departamento de Odontología	5	Concentra y supervisa la información registrada.
Titular de la Jefatura de Departamento de Odontología	6	Elabora un informe mensual de todos sus elementos para su entrega a DIFEM.
DIFEM	7	Recibe y valida el Informe Global Mensual.
FIN		





> DIAGRAMA DE FLUJO



230



➤ **FORMATOS**

• **Historia clínica de odontología**



AREA DE ODONTOLOGÍA HISTORIA CLÍNICA

Nombre de la/paciente _____ Tipo de servicio _____

Sexo _____ Edad _____ Año escolar _____ Grupo _____ Dirección _____

Unidad educativa _____ Asunto _____

Fecha de primera atención al servicio _____ Nombre de la escuela _____

1. ¿Cuál enfermedad padecía actualmente? _____

2. Cuando acudió a la consulta médica, ¿se diagnosticó alguna enfermedad? Sí No Enfermedades de corazón Sí No No

Diabetes Sí No Tuberculosis Sí No Hipo-tiroidismo Sí No Arterioesclerosis Sí No No

Alergia Sí No Hipertensión Sí No Sin virus Sí No Asma Sí No No

3. ¿Ha sufrido alergia a la penicilina? Sí No Otro medicamento Sí No ¿Cuál? _____

4. ¿Ha sido anestesiado anteriormente? Sí No No ¿Cuál lo usó? _____

¿Presenta sangrado? Sí No No ¿Cuál lo usó? _____

7. ¿Ha recibido medicamentos endocrínicos? Sí No Tranquilizantes Sí No ¿Cuál? _____

8. ¿Algun familiar es diabético? Sí No Parentesco _____ ¿Presenta diabetes? Sí No No

EXPLORACIÓN FACIAL Y TEJIDOS BLANCOS

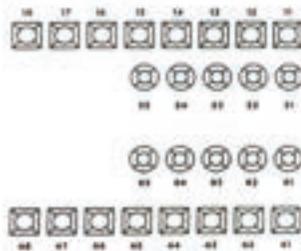
Caras Sí No A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z AA AB AC AD AE AF AG AH AI AJ AK AL AM AN AO AP AQ AR AS AT AU AV AW AX AY AZ BA BB BC BD BE BF BG BH BI BJ BK BL BM BN BO BP BQ BR BS BT BU BV BW BX BY BZ CA CB CC CD CE CF CG CH CI CJ CK CL CM CN CO CP CQ CR CS CT CU CV CW CX CY CZ DA DB DC DD DE DF DG DH DI DJ DK DL DM DN DO DP DQ DR DS DT DU DV DW DX DY DZ EA EB EC ED EE EF EG EH EI EJ EK EL EM EN EO EP EQ ER ES ET EU EV EW EX EY EZ FA FB FC FD FE FF FG FH FI FJ FK FL FM FN FO FP FQ FR FS FT FU FV FW FX FY FZ GA GB GC GD GE GF GG GH GI GJ GK GL GM GN GO GP GQ GR GS GT GU GV GW GX GY GZ HA HB HC HD HE HF HG HH HI HJ HK HL HM HN HO HP HQ HR HS HT HU HV HW HX HY HZ IA IB IC ID IE IF IG IH II IJ IK IL IM IN IO IP IQ IR IS IT IU IV IW IX IY IZ JA JB JC JD JE JF JG JH JI JJ JK JL JM JN JO JP JQ JR JS JT JU JV JW JX JY JZ KA KB KC KD KE KF KG KH KI KJ KL KM KN KO KP KQ KR KS KT KU KV KW KX KY KZ LA LB LC LD LE LF LG LH LI LJ LK LL LM LN LO LP LQ LR LS LT LU LV LW LX LY LZ MA MB MC MD ME MF MG MH MI MJ MK ML MN MO MP MQ MR MS MT MU MV MW MX MY MZ NA NB NC ND NE NF NG NH NI NJ NK NL NM NO NP NQ NR NS NT NU NV NW NX NY NZ OA OB OC OD OE OF OG OH OI OJ OK OL OM ON OO OP OQ OR OS OT OU OV OW OX OY OZ PA PB PC PD PE PF PG PH PI PJ PK PL PM PN PO PP PQ PR PS PT PU PV PW PX PY PZ QA QB QC QD QE QF QG QH QI QJ QK QL QM QN QO QP QQ QR QS QT QU QV QW QX QY QZ RA RB RC RD RE RF RG RH RI RJ RK RL RM RN RO RP RQ RR RS RT RU RV RW RX RY RZ SA SB SC SD SE SF SG SH SI SJ SK SL SM SN SO SP SQ SR SS ST SU SV SW SX SY SZ TA TB TC TD TE TF TG TH TI TJ TK TL TM TN TO TP TQ TR TS TU TV TW TX TY TZ UA UB UC UD UE UF UG UH UI UJ UK UL UM UN UO UP UQ UR US UT UY UZ VA VB VC VD VE VF VG VH VI VJ VK VL VM VN VO VP VQ VR VS VT VU VV VW VX VY VZ WA WB WC WD WE WF WG WH WI WJ WK WL WM WN WO WP WQ WR WS WT WY WZ XA XB XC XD XE XF XG XH XI XJ XK XL XM XN XO XP XQ XR XS XT XU XV XW XX XY XZ YA YB YC YD YE YF YG YH YI YJ YK YL YM YN YO YP YQ YR YS YT YU YV YW YX YZ ZA ZB ZC ZD ZE ZF ZG ZH ZI ZJ ZK ZL ZM ZN ZO ZP ZQ ZR ZS ZT ZU ZV ZW ZX ZY ZZ

EXAMEN PARODONTAL

FCB Sí No No Síntoma gingival Sí No No Bata parodontal Sí No No

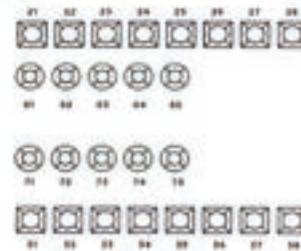
Materia blanda Sí No No Sangrado Sí No No Resaca parodontal Sí No No

Suero sanguinolento Sí No No Movilidad dentaria Sí No No Restauración boca Sí No No



PERMANENTES

Caras: _____
Perdida: _____
Oclusión: _____



TEMPORALES

Caras: _____
Perdida: _____
Oclusión: _____



Historia clínica de odontología (Continuación)

ACEPTACIÓN DE TRATAMIENTO

Los datos proporcionados por la o el paciente son verídicos. La o el paciente autoriza a los o las C.D. del DIF Estado de México para que practiquen las citaciones e intervenciones necesarias para su tratamiento sin desconocer los riesgos que éstos implican, por lo que la o el paciente firma a las o los C.D. de toda responsabilidad.

Aceptación de tratamiento de la o el paciente (Firma del paciente/a tutor)

Firma de la o el Odontólogo/Odontóloga

HOJA DE EVOLUCIÓN

Table with 5 columns: Día, Hora, Labor ejecutada, Nombre de la/o C.D., Firma

OBSERVACIONES

Observations form with multiple empty lines for text entry.

Los datos personales recabados serán protegidos, almacenados y tratados en la base de datos correspondiente, a cargo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, con la finalidad de auxiliar la implementación de los programas de salud en beneficio del Programa, así como transparentar el uso y aplicación de los recursos del mismo. En atención al artículo 16 de la Ley de Protección Personal del Estado de México y al artículo 17 del Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, los registros serán de carácter de confidencialidad y no serán cedidos a terceros. La Ley de Protección de Datos Personales del Estado de México y demás normativas aplicables, así como el Manual de Procedimientos del DIF.

RE200CB01060401/730/0022

232



• **Consentimiento informado de odontología**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha (H) _____

No. IND. (H) _____

Nombre (H) _____

Ocupación (H) _____ Edad (H) _____ Sexo (H) _____

E. C. S. (H) _____ odontólogo (H) _____

Yo, el/la paciente, he leído y he entendido lo que me han informado de mis derechos de libre consentimiento

por lo que he aceptado mi asistencia a estudios de laboratorio (gabaritos, histopatología y procedimientos anestésicos, así como tratamientos odontológicos y/o quirúrgicos) considerados como indispensables para recuperar mi salud.

El/la odontólogo/a me informó de los riesgos y las posibles complicaciones de los medios de diagnóstico y los tratamientos odontológicos y/o quirúrgicos.

Diagnósticos clínicos (H) _____

Estudios de laboratorio: gabaritos e histopatológicos (H) _____

Actos anestésicos (H) _____

Tratamientos odontológicos (H) _____ Tratamientos quirúrgicos (H) _____

Riesgos y complicaciones (H) _____

Autorizo al odontólogo (H) _____ para que realice los estudios y tratamientos consentidos.

Tengo la plena libertad de revocar la autorización de los estudios y tratamientos en cualquier momento antes de realizarlos. En caso de ser menor de edad o con incapacidad, se informa y autoriza al responsable.

AUTORIZA PADRE, MADRE O TUTOR

Nombre y firma (H) _____

TESTIGO

TESTIGO

Nombre y firma (H) _____

Nombre y firma (H) _____

Este consentimiento informado es un documento de carácter informativo y no garantiza el éxito de los procedimientos. El/la paciente debe leer y comprender el contenido de este consentimiento informado y autorizarlo antes de realizar los estudios y tratamientos. Este consentimiento informado debe ser firmado por el/la paciente o su representante legal, en presencia del odontólogo y un testigo. Este consentimiento informado debe ser firmado por el/la paciente o su representante legal, en presencia del odontólogo y un testigo.

Este consentimiento informado debe ser firmado por el/la paciente o su representante legal, en presencia del odontólogo y un testigo. Este consentimiento informado debe ser firmado por el/la paciente o su representante legal, en presencia del odontólogo y un testigo.

Este consentimiento informado debe ser firmado por el/la paciente o su representante legal, en presencia del odontólogo y un testigo. Este consentimiento informado debe ser firmado por el/la paciente o su representante legal, en presencia del odontólogo y un testigo.

FE-20002HO10004021/1/06/10/21



AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNEPANTLA DE BAZ
2023-2024



• Receta de odontología



RECETA ODONTOLÓGICA



Folio: 00201

NOMBRE _____ FECHA _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Talla: _____ T/A: _____ Alergias: _____

NO VALIDO



Nombre completo y firma del odontólogo _____

Cédula profesional _____

DIF Tlalnepantla de Baz. Av. Convento de Santa Wltona s/n. esq. Convento de San Fernando Pisco. Jardines de Santa Wltona. CP 54030 Tlalnepantla de Baz
 Teléfono: 552872115 Ext. 295





• Informe de actividades en jornadas

No.	Nombre de la o el particular	Edad					Total	Tiempo (en minutos)	Fecha
		0 a 5 años	6 a 12 años	13 a 17 años	Adultos	Adultos			
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									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									
34									
35									
36									
37									
38									
39									
40									
41									
42									
43									
44									
45									
46									
47									
48									
49									
50									
51									
52									
53									
54									
55									
56									
57									
58									
59									
60									
61									
62									
63									
64									
65									
66									
67									
68									
69									
70									
71									
72									
73									
74									
75									
76									
77									
78									
79									
80									
81									
82									
83									
84									
85									
86									
87									
88									
89									
90									
91									
92									
93									
94									
95									
96									
97									
98									
99									
100									

Nombre de la o el particular

Nombre de la o el particular

Fecha de realización

Nombre de la actividad

Nombre de la jornada

Nombre de la o el CD. _____

Lugar: _____

Fecha: ____/____/____





H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TALAAMPANTLA DE BAZ
2022 - 2024



• **Concentrado trimestral de jornadas**



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TALAAMPANTLA DE BAZ
2022 - 2024



**DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CONCENTRADO TRIMESTRAL DE JORNADAS**

ACTIVIDAD	MES			TOTAL
JORNADAS				
CONSULTAS OTORGADAS				
TRATAMIENTOS OTORGADOS				
PLÁTICAS OTORGADAS				

236



Realizó
Nombre y firma

Revisó
Nombre y firma

235



EL AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TIALMEQUIÁ DE S.A.J.
2023-2024



• **Formato de referencia**



Secretaría para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Subsecretaría de Promoción y Bienestar Familiar



FORMATO DE REFERENCIA

Fecha de referencia: (B) _____

Número de identificación: (A) _____

Dirección y teléfono: (C) _____

Género: (E) M F Edad: (E) _____

Unidad a la que se refiere: (B) _____

Urgencia: (F) SI NO Servicio al que se refiere: (B) _____

RESUMEN CLÍNICO (B)

Diagnóstico de referencia: (H) _____

Motivo de referencia: (H) _____

Tratamiento inicial: (H) _____

PACIENTE (MADRE, PADRE O TUTOR)

MÉDICO (A)

Nombre y firma (I)

Nombre y firma (I)

Los datos personales recabados serán protegidos, confidenciales y utilizados en la base de datos correspondiente, a cargo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, con la finalidad de acreditar la inscripción de los beneficiarios de modo que beneficiarios del Programa, así como beneficiarios de otros programas de desarrollo del Estado, en adelante, con fundamento en la legislación que al amparo de la Ley de Protección Social del Estado de México y el artículo 3 del Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado, dicho dato ha registrado ante el Instituto de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios, Ley de Protección de Datos Personales del Estado de México y demás normativas aplicables, además de otras instancias previstas en la Ley.

La Unidad Administrativa responsable de la base de datos referida es la Subsecretaría de Promoción de Bienestar del DIF Estado de México y el domicilio legal de referencia está dado por el domicilio de acceso y contacto ante la misma, en el Puerto de Palmarillo, Nueva Orizaba s/n Car. Puerto Palmarillo, C.P. 56212, en Tlalmequía, Estado de México.

Se manifiesta la autorización, el cumplimiento a los mandatos de confidencialidad y demás reglas de los Lineamientos para el Manejo, Mantenimiento y Seguridad de los Datos Personales, así como el acatamiento al protocolo del Poder Ejecutivo del Estado de México, los departamentos y organismos auxiliares, las instituciones públicas y el Procuraduría General de la Justicia, como los demás órganos de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

FE2000B101660402L/725/7021



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
C.D. Judith Perla Jiménez Zavaleta	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Odontología	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	REALIZACIÓN DE FLUORACIONES A ESCOLARES
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/DO/003

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS



➤ OBJETIVO

Prevenir y disminuir las enfermedades bucales; a través de la fluoración a escolares en escuelas primarias, fortaleciendo con esto la estructura dental, además de brindar pláticas de salud bucal y técnica de cepillado con el fin de crear una cultura de prevención.

➤ ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud a través de la Jefatura de Departamento de Odontología; así como a las Instituciones de Educación Básica que sean beneficiadas con este servicio.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
- Ley de Asistencia Social.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, Denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Reglamento de Salud del Estado de México.
- Libro Segundo del Código Administrativo del Estado de México.
- Libro Décimo Primero del Código Administrativo del Estado de México.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, México.
- Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz.
- NOM-004-SSA3- 2012, Del Expediente Clínico.
- NOM-013-SSA2-2015, Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales.
- NOM-005-SSA3-2010, Que Establece los Requisitos Mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos para la Atención Médica de Pacientes Ambulatorios.
- NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental Residuos peligrosos biológico-infecciosos Clasificación y especificaciones de manejo

➤ RESPONSABILIDADES

DIFEM, deberá:

Recibir y validar el Informe Global Mensual.

Titular de la Dirección de Salud, deberá:

Supervisar al departamento de odontología en el cumplimiento y avance de sus metas recaudatorias, así como la calidad del servicio dental brindado a la población.





Titular de la Jefatura de Departamento de Odontología, deberá:

Verificar que se cumplan las normas y lineamientos que en materia de odontología establece DIFEM; y coordinar la prestación de servicios odontológicos preventivos extramuros.

Cotejar el desarrollo de programas establecidos para el fomento de la salud oral; fomentar la capacitación de su personal que brinda los servicios de salud; implementar mecanismos de control interno para la prestación de servicios de odontología; y administrar los materiales e insumos odontológicos para el personal a su cargo.

Recibir y revisar reportes mensuales de las constancias de fluoraciones de todos sus odontólogos; concentrar información acumulada de los avances mensuales de fluoraciones en un informe global mensual; así como entregar los informes mensuales a DIFEM (consultas, pláticas y fluoraciones).

Odontólogos(as) generales, deberá:

Brindar servicios de prevención primaria de enfermedades bucales por medio de aplicación de flúor; y fomentar la higiene bucal en la población por medio de las pláticas de técnica de cepillado y auxiliares de higiene.

Realizar el registro de actividades en el formato de fluoraciones; así como elaborar el informe mensual de actividades.

➤ **GLOSARIO**

- **Caries dental:** La caries dental es un proceso infeccioso localizado, multifactorial que puede iniciar con la erupción dentaria, afecta la salud general y la calidad de vida, las bacterias que causan caries producen ácidos que atacan la superficie del diente o esmalte. Esto puede ocasionar una cavidad en el diente, que se llama caries.
- **Consulta dental:** Servicio en el cual el odontólogo realiza una valoración al paciente conforme a su sintomatología para determinar el padecimiento y el tipo de tratamiento.
- **Diagnóstico:** resultado obtenido de la exploración clínica del paciente.
- **Flúor:** también conocido como "fluoruro", es un mineral que ocurre de forma natural en el suelo, el agua y el aire. Se ha demostrado que previene la caries dental.
- **Fluoración:** es la aplicación de enjuagatorios de fluoruro de sodio por parte del odontólogo.
- **Odontología:** parte de la odontología que estudia los dientes, sus tejidos duros y blandos que lo rodean y sus enfermedades.
- **Odontología restaurativa:** Tratamientos bucales que se basa en corregir la estructura dental o en atender enfermedades orales que ponen en riesgo la salud y la estética dental de las personas.
- **Odontología preventiva:** Tratamientos bucales que se basa en prevenir la aparición de enfermedades orales de mayor prevalencia.



- **Paciente:** Individuo que es examinado medicamente o al que se administra un tratamiento. Proviene del verbo latino "pati", que quiere decir "el que sufre": el paciente es, pues, una persona que es curada.
- **Servidores públicos:** A las personas que desempeñan un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en la Administración Pública del SMDIF.
- **Tratamiento:** Al procedimiento integral y especializado proporcionado por médicos y odontólogos del SMDIF, tendiente a la rehabilitación de la salud de los pacientes.

➤ ACRÓNIMOS

- **DIFEM:** Sistema de Desarrollo Integral de la Familia del Estado México.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

➤ INSUMOS

- Historia clínica.
- Hoja de autorización por parte de la dirección escolar.
- Flúor.
- Equipo de odontología.

➤ RESULTADOS

Los resultados de este procedimiento son la aplicación de flúor a menores escolares, contribuyendo con esto a fortalecer su estructura dental y prevenir la aparición de caries, así como la concientización y creación de una cultura de prevención a temprana edad a través de las pláticas de salud bucal y la correcta técnica de cepillado dental.

➤ POLÍTICAS

- El servicio es totalmente gratuito.
- Se Solicitará a DIFEM a través de la Dirección de Salud
- Previa autorización por escrito por parte de la dirección de la escuela
- Cada padre, madre o tutor deberá autorizar la aplicación de flúor a cada menor.
- El odontólogo acudirá a la escuela en la fecha pactada previamente con la dirección escolar.

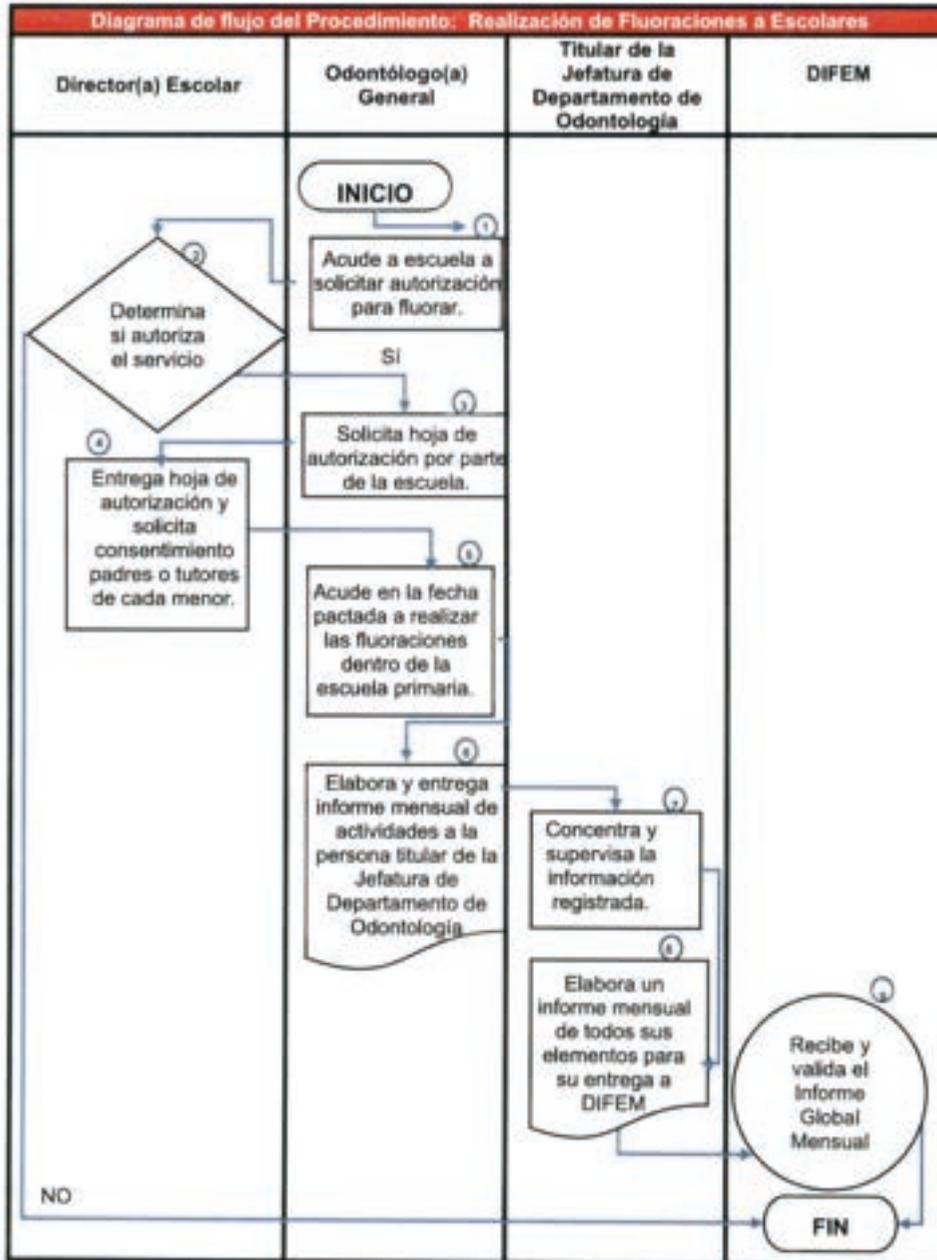


➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Odontólogo(a) General	1	Acude a la escuela primaria publica a solicitar autorización, para realizar la fluoración a la población escolar.
Director(a) Escolar	2	Determina si autoriza o no el servicio ofrecido.
Odontólogo(a)	3	Solicita hoja de autorización por parte de la escuela
Director(a) Escolar	4	Entrega hoja de autorización y notifica a los padres o tutores para que otorguen permiso
Odontólogo(a) General	5	Acude en la fecha pactada a realizar las fluoraciones dentro de la escuela primaria.
Odontólogo(a) General	6	Elabora y entrega informe mensual de actividades a la persona titular de la Jefatura de Departamento de Odontología.
Titular de la Jefatura de Departamento de Odontología	7	Concentra y supervisa la información registrada.
Titular de la Jefatura de Departamento de Odontología	8	Elabora un informe mensual de todos sus elementos para su entrega a DIFEM.
DIFEM	9	Recibe y valida el Informe Global Mensual.
FIN		



> DIAGRAMA DE FLUJO





> **FORMATOS**

- **Constancia de enjuagatorios de flúor**



CONSTANCIA DE ENJUAGATORIOS DE FLUORURO

Por este medio se hace constar que el Dr. (1) _____

Realizó los días (2) _____

Las actividades consistentes en:

- Enjuagatorios de fluoruro a (3) _____ niñas y niños.
- Pláticas de técnica de cepillado a (4) _____ niñas y niños.
- Plática de placa dentobacteriana (5) _____ niñas y niños.
- Plática de beneficios de fluoruro a (6) _____ niñas y niños.
- (7) _____ pláticas a (8) _____ padres de familia

Escuela o municipio (9) _____

De acuerdo con las metas programadas y la finalidad de dar protección y educación a la población escolar del Estado de México

AUTORIDADES ESCOLARES Y/O MUNICIPALES

Nombre y firma (10)

RE200C0101060402L/732/2022



• Informe mensual de actividades de odontología



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DE ODONTOLÓGIA

Fecha (H) _____

Nombre de la (s) odontóloga(s) (H) _____

Dirección del consultorio (H) _____

Localidad (H) _____ Municipio (H) _____

Número de odontólogos(as) (H) _____

Descripción programática	Asistencias (T)	Beneficiados (H)
Consulta primera vez		
Consulta subsiguiente		
Total de consultas		
Actividades preventivas		
Fluoruro escudero		
Fluoruro a mordidos y mordidas		
Fluoruro a padres y madres de familia		
Total de prácticas grupales		
Selección de pasta dentífrica		
Instrucción de uso de técnica de cepillado		
Instrucción de uso de hilo dental		
Revisión de hábitos bucales		
Revisión e instrucción de técnica de prótesis		
Instrucción de autoexamen de salud bucal		
Charlas educativas		
Tratamiento de furor		
Caratúnculos		
Aplicación tópica de fluoruro de sodio		
Extracciones de dientes y furas		
Prófisis		
Ultrasonido		
Odontología Restaurativa		
Resinas		
Coroneros de vidrio		
Tratamiento Restaurativo Atraumático (atraumático)		
Curación con resina temporal		
Extracciones temporales		
Extracciones permanentes		
Terapia Púrpura (ambliopía, subophtalmía, subepitelial)		
Cirugía		
Farmacoterapia		
Radiografía		
Otros servicios		
Suma de tratamientos realizados		
Tratamiento integral terminado		
Cancelaciones		

Valle de Toluca Área metropolitana Unidades móviles Área del DIFEM

Población beneficiada (H)

Rango de edad	Género		Total
	Femenino	Masculino	
0-5			
6-12			
13-17			
Adultos			

RE100CD102000402/733/2022





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
C.D. Judith Perla Jiménez Zavaleta	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Odontología	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General



d) JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	DETECCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO-UTERINO
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DE/001

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS





➤ **OBJETIVO**

Contribuir en la disminución del índice de cáncer cérvico-uterino a través de la detección oportuna de cáncer (Papanicolau) en la población femenina del Municipio de Tlaxcala de Baz.

➤ **ALCANCE**

Aplica a la Dirección de Salud a través de los servicios que brinda la Jefatura de Departamento de Enfermería; así como a toda la población femenina de Tlaxcala de Baz, que solicite el servicio.

➤ **FUNDAMENTO JURÍDICO**

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley de Asistencia Social.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de carácter Municipal, denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia"
- Reglamento de Salud del Estado de México.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlaxcala de Baz, México.
- Bando Municipal de Tlaxcala de Baz.
- Libro segundo del Código Administrativo del Estado de México.
- Libro décimo primero del Código Administrativo del Estado de México.
- Norma Oficial Mexicana, NOM004-SSA3-2012.
- Norma Oficial Mexicana, NOM166-SSA1-1997.
- Norma Oficial Mexicana, NOM087-ECOL-SSA1-2002.
- Norma Oficial Mexicana, NOM017-SSA2-2012.
- Norma Oficial Mexicana, NOM019-SSA3-2013.
- Norma Oficial Mexicana, NOM013-SSA2-2015.
- Norma Oficial Mexicana, NOM007-SSA3-2011.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-014-SSA2-1994.

➤ **RESPONSABILIDADES**

DIFEM, deberá:

Obtener y procesar las muestras obtenidas de la citología cervical y entrega resultados a la Jefatura de Departamento de Enfermería.





Titular de la Dirección de Salud, deberá:

Supervisar el otorgamiento de los servicios de detección de cáncer cérvico-uterino.

Titular de la Jefatura de Departamento de Enfermería, deberá:

Administrar los recursos humanos y materiales para la prestación del servicio; coordinar y supervisar de forma continua al personal; así como concentrar y elaborar los informes mensuales para DIFEM.

Enfermeras(os), deberán:

Recibir al paciente con amabilidad y cordialidad; brindar orientación y preparar a la paciente para la realización del procedimiento; así como realizar el registro de datos personales en las bitácoras de la Jefatura de Departamento de Enfermería.

Personal de Recepción de la Clínica, deberá.

Brindan información acerca del servicio solicitado; y determinar si requiere o no el procedimiento o servicio de acuerdo con su disponibilidad de recursos o aceptación de gratuidad

Cajera(o), deberá:

Recibe el pago correspondiente del servicio.

Usuaría, deberá:

Acudir a la recepción del área médica del SMDIF para solicitar información del servicio de citología cervical.

➤ **GLOSARIO**

- **Célula:** Se define como unidad básica viviente, estructural y funcional de todos los organismos
- **Cérvico-Uterino:** Cáncer que comienza en el cuello uterino (matriz) que desemboca en la parte superior de la vagina.
- **Citología Cervical (Prueba De Papanicolau):** Estudio de las células endo cervicales para la detección de cáncer cérvico-uterino.
- **Cuello Uterino:** Parte inferior del útero situada en el fondo de la vagina, flexible, delgada y de unos tres centímetros de longitud.
- **Signos Vitales:** Nos permiten valorar y evaluar alteraciones de las funciones normales del cuerpo, constituyen una herramienta valiosa como indicadores: tensión arterial, pulso, frecuencia respiratoria y temperatura.
- **Somatometría:** Es el conjunto de maniobras para obtener medidas precisas de las ideas corporales de una persona.

➤ **ACRÓNIMOS**

- **DIFEM:** Desarrollo integral de la Familia Estado de México.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia.



➤ INSUMOS

- Guantes.
- Citobrush.
- Espátulas de ayre.
- Portaobjetos.
- Cubrebocas.
- Espejo vaginal.
- Formatos impresos.
- Pluma.
- Papel Kraft.
- Cito-spray.
- Campos.
- Mesa de exploración.
- Pierneras.
- Bata para paciente.
- Bata desechable.
- Lámpara de chicote.
- Sábana desechable.
- Maskintape.
- Alcohol.
- Jabón quirúrgico.
- Vehículo para transporte.
- Caja de transporte para laminillas.
- Gasas.
- Bolsa RPBI.

➤ RESULTADOS

Realizar detecciones de Cáncer Cérvico-Uterino, mediante el estudio de citología cervical, con la finalidad de beneficiar a la población femenina del Municipio de Tlalnepantla de Baz, previniendo a tiempo las causantes del Cáncer de Cuello Uterino.

➤ POLÍTICAS

- El servicio es gratuito
- Toda la información y actividades están basadas en la Norma Oficial Mexicana para la prevención de cáncer cérvico-uterino.
- El servicio se brinda en la Jefatura de Departamento de Enfermería, dentro de los horarios de 9:00 a 17:00 horas.
- Todos los datos personales de los pacientes se resguardan en expedientes y se les brinda la protección de acuerdo a la normatividad aplicable.
- El estudio se realiza a toda mujer, que lo solicite por libre albedrío o con previa prescripción médica, siempre y cuando la paciente tenga una vida sexual activa, sin importar la edad.





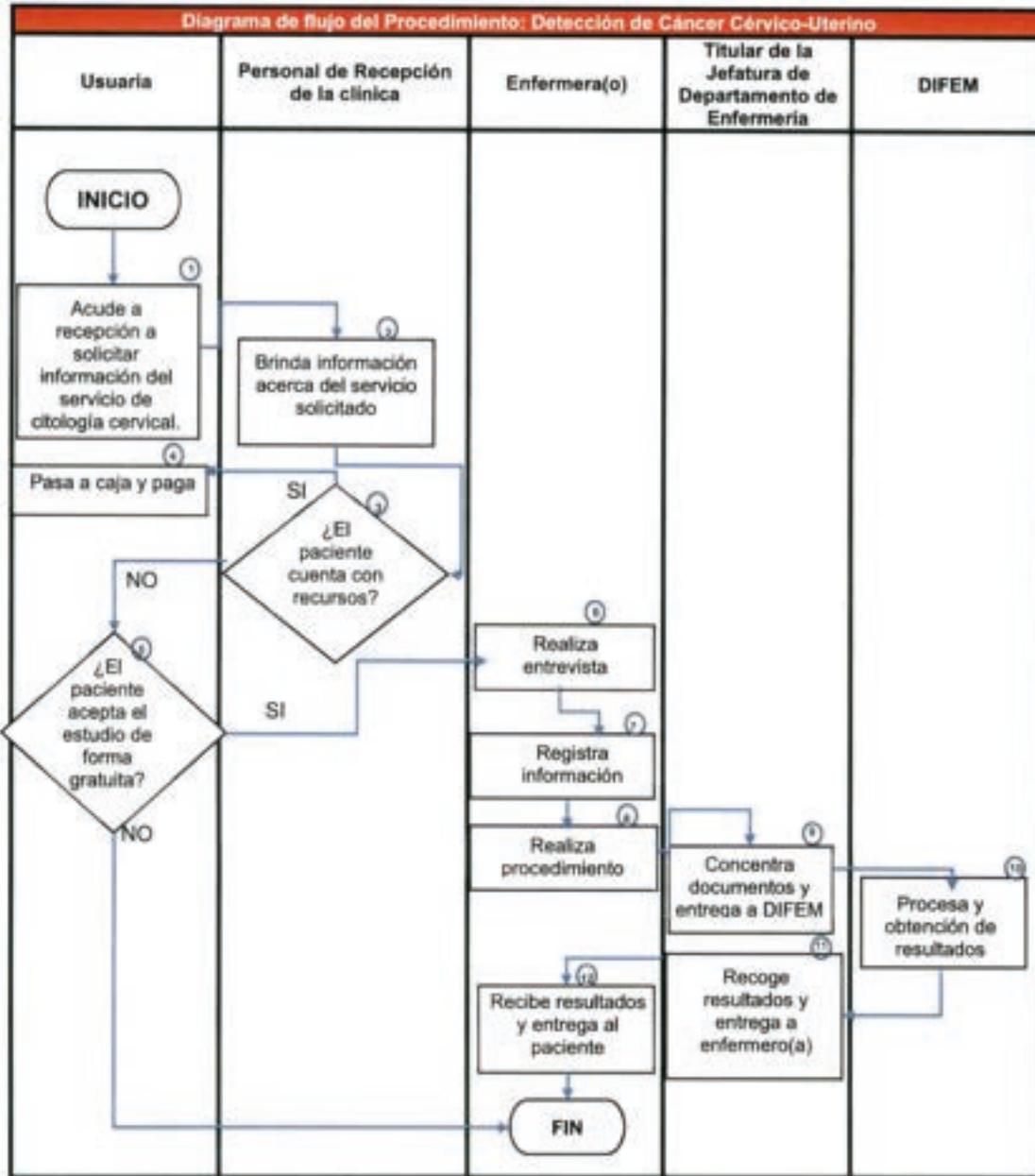
- La paciente deberá presentarse con las indicaciones que se le señalen.

➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuaría	1	Acude a la recepción del área médica del SMDIF para solicitar información del servicio de citología cervical.
Personal de Recepción de la Clínica	2	Brinda información acerca del servicio solicitado.
Personal de Recepción de la Clínica	3	Determina si requiere o no el procedimiento o servicio de acuerdo con su disponibilidad de recursos o aceptación de gratuidad
Usuaría	4	El paciente determina cubrir el pago en caja.
Usuaría	5	Decide aceptar la gratuidad del procedimiento o servicio ofrecido.
Enfermera(o)	6	Realiza la entrevista de datos personales, si viene en las condiciones adecuadas para realizar el procedimiento.
Enfermera(o)	7	Registra la información de la entrevista
Enfermera(o)	8	Realiza el procedimiento y/o prestación del servicio.
Titular de la Jefatura de Departamento de Enfermería	9	Concentra una lista de procedimiento del estudio para su traslado a DIFEM.
DIFEM	10	Obtiene los resultados del estudio y los entrega a la persona titular de la Jefatura de Departamento de Enfermería.
Titular de la Jefatura de Departamento de Enfermería	11	Recoge los resultados de los estudios en DIFEM y los entrega al personal de enfermería que tomó las muestras.
Enfermera(o)	12	Informa de los resultados del procedimiento al paciente.
FIN		



> DIAGRAMA DE FLUJO





EL AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TIALAXPANTLA DE SAL
2021-2024



➤ **FORMATOS**

▪ **Solicitud y reporte de resultado de citología cervical**

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ESTADO DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
SECRETARÍA DE PROTECCIÓN Y ATENCIÓN SOCIAL
SECRETARÍA DE FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO SOCIAL

DIF | EDOMEX
DIFERENCIANDO LA CALIDAD DE VIDA

SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL

Area de Referencia: _____

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD QUE REFIERE

— Entidad/Delegación: _____

— Localidad: _____

— Municipio: _____

— Unidad Médica: _____

— Institución: _____

II. IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITANTE

— Fecha de nacimiento: _____

— Nombre: _____

— Estado: _____

— Cédula de identificación: _____

III. ANTECEDENTES

— Citología: Primer vez en la vida o más de tres años Subsecuente

— Situación Ginecoobstétrica: Embarazo y parto Postmenopausa Año de menopausia OMI

— Fecha de la última regla: _____

— Si se aplica en el último: Cuanto aproximadamente Cuanto Después del parto Después

— Usado con el que se le muestra: Método de uso Método Método Método

— Respuesta de forma citológica: _____

— Fecha de inicio de la muestra: _____

— Factores de riesgo: _____

— Cuenta con Carta Nacional de Salud de la Mujer: SI NO

— Fecha de la presente: _____

IV. RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL

— Fecha de interpretación: _____

— Nombre Citólogo: _____

— Características de la muestra: Abundante Localidad Inadecuada

— Diagnóstico citológico: Negativo a célula atípica Negativo con presencia de células inflamatorias Células leucocitarias (NIC 1)

— Diagnóstico citológico: Epitelio moderado (NIC 2) Epitelio grueso (NIC 3) Células leucocitarias (NIC 2)

— Diagnóstico citológico: Células anormales Adenocarcinoma Maligno no especificado

— Hallazgos adicionales: Invasión del epitelio Invasión del estroma del cervix Citopatología Tricomonas

— Hallazgos adicionales: Bacterias Hongos Parasitofloras Otras

— Reporte escrito: SI NO

— Acciones de rutina de interpretación: _____

— Acciones de rutina de atención: _____

— Acciones de rutina de laboratorio: _____

— Acciones de rutina de laboratorio: _____

— RPT de Citología: RPT _____

— La muestra fue tomada por el paciente: SI NO Diagnosticado por Paciente _____

— Observación: _____

— Firma y RPT del Paciente: _____

— Fecha de validación de resultado a la paciente: _____

254



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
L.E. Ma. Guadalupe Torres González	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Enfermería	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General



UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	EXPLORACIÓN MAMARIA
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DE/002

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS





➤ OBJETIVO

Contribuir en la disminución del índice de cáncer de mama, mediante la detección oportuna con la exploración mamaria en la población del Municipio de Tlalnepantla de Baz.

➤ ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud, a través, de los servicios que brinda la Jefatura de Departamento de Enfermería; así como a toda la población femenina de Tlalnepantla de Baz, que solicite el servicio.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley de Asistencia Social.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de carácter Municipal, denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia"
- Reglamento de Salud del Estado de México.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, México.
- Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz.
- Libro segundo del Código Administrativo del Estado de México.
- Libro décimo primero del Código Administrativo del Estado de México.
- Norma Oficial Mexicana, NOM004-SSA3-2012.
- Norma Oficial Mexicana, NOM166-SSA1-1997.
- Norma Oficial Mexicana, NOM087-ECOL-SSA1-2002.
- Norma Oficial Mexicana, NOM017-SSA2-2012.
- Norma Oficial Mexicana, NOM019-SSA3-2013.
- Norma Oficial Mexicana, NOM013-SSA2-2015.
- Norma Oficial Mexicana, NOM007-SSA3-2011.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-041-SSA2-2002.

➤ RESPONSABILIDADES

Titular de la Dirección de Salud, deberá:
Supervisar el otorgamiento de los servicios de exploración mamaria.





Titular de la Jefatura del Departamento de Enfermería, deberá:

Administrar los recursos humanos y materiales, para la prestación del servicio; coordinar y supervisar de forma continua al personal; así como concentrar y elaborar los informes mensuales para DIFEM.

Enfermeras (os), deberán:

Recibir al paciente con amabilidad y cordialidad; brindar orientación y preparar a la paciente para la realización del procedimiento; así como realizar el registro de datos personales en las bitácoras de la Jefatura de Departamento de Enfermería.

Personal de Recepción de la Clínica, deberá:

Brindar información acerca del servicio solicitado y referir a la usuaria a la Jefatura de Departamento de Enfermería.

➤ **GLOSARIO**

- **Célula:** Se define como unidad básica viviente, estructural y funcional de todos los organismos.
- **Cáncer:** Término que describe las enfermedades en las que hay células anormales que se multiplican sin control e invaden los tejidos cercanos.
- **Citología:** Estudio de las células mediante un microscopio.
- **Displasia mamaria:** Afección común caracterizada por cambios benignos (no cancerosos) del tejido de la mama. Estos cambios pueden incluir nódulos o quistes irregulares, malestar en la mama, sensibilidad en los pezones y picazón. Tales síntomas pueden cambiar durante todo el ciclo menstrual y, por lo general, desaparecen después de la menopausia. También se llama cambios fibroquísticos de la mama, enfermedad benigna de la mama, y enfermedad fibroquística de la mama.
- **Signos vitales:** Nos permiten valorar y evaluar alteraciones de las funciones normales del cuerpo, constituyen una herramienta valiosa como indicadores: tensión arterial, pulso, frecuencia respiratoria y temperatura.
- **Somatometría:** Es el conjunto de maniobras para obtener medidas precisas de las ideas corporales de una persona.

➤ **ACRÓNIMOS**

- **DIFEM:** Desarrollo integral de la Familia Estado de México.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia.

➤ **INSUMOS**

- Guantes de exploración.
- Formato impreso.
- Bata de paciente.
- Bata desechable.
- Cubrebocas.



> RESULTADOS

Realizar la exploración de mama a la población femenina del Municipio de Tlalnepantla de Baz, para diagnosticar el cáncer de manera oportuna.

> POLÍTICAS

- El estudio de exploración mamaria es de forma gratuita.
- Toda la información y actividades están basadas en la Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
- El servicio se brinda en la Jefatura de Departamento de Enfermería, dentro de los horarios de 9:00 a 17:00 horas.
- Todos los datos personales de los pacientes se resguardan en expedientes y se les brinda la protección de acuerdo a la normatividad aplicable.
- El estudio se realiza a toda persona que lo solicite por libre albedrío o con previa prescripción médica.
- Para la exploración mamaria es necesario complementar con el estudio de Mastografía a partir de los 40 años hasta los 60 años para tener un resultado más claro.
- La paciente deberá presentarse con las indicaciones que se le señalen.

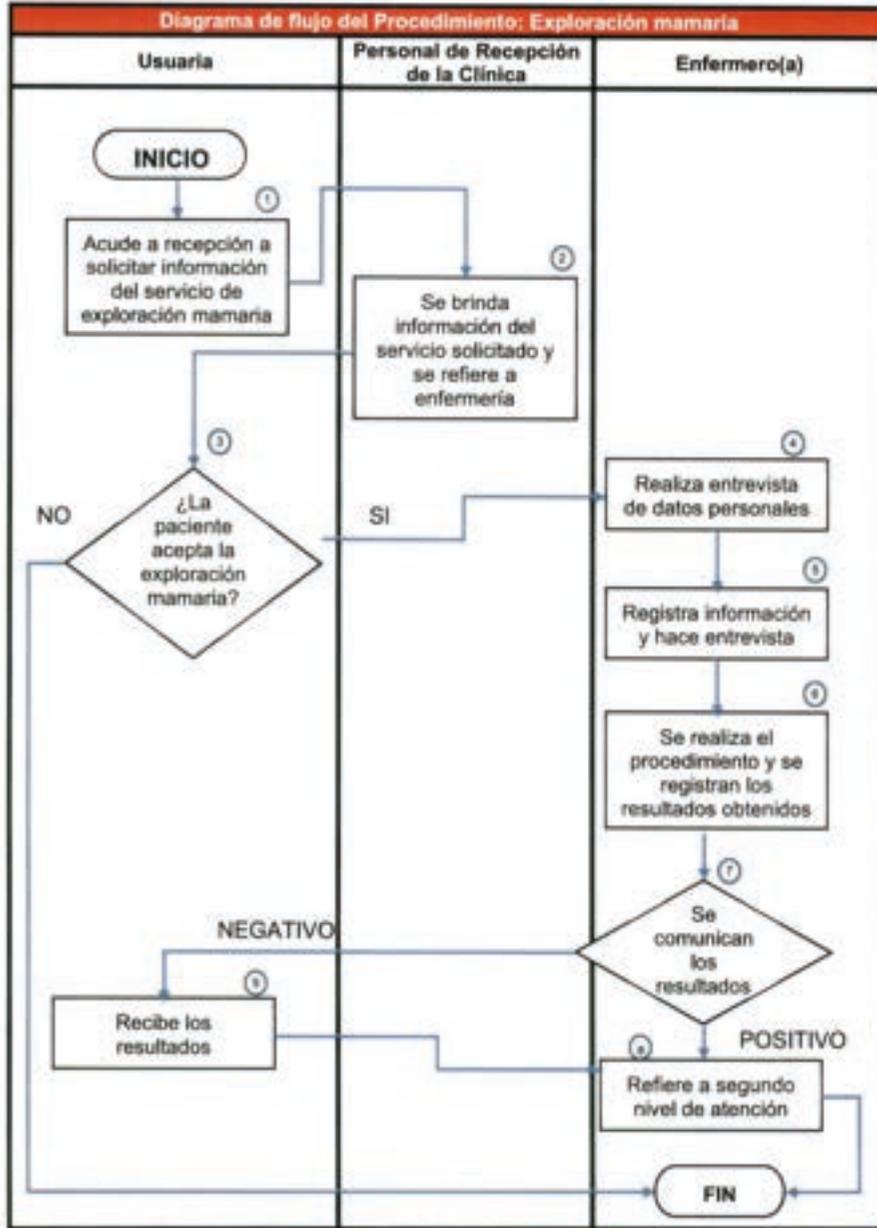


> DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuaría	1	Acude a la recepción de la clínica del SMDIF para solicitar información del servicio de exploración mamaria.
Personal de Recepción de la Clínica	2	Brinda información acerca del servicio solicitado y refiere a la usuaria a la Jefatura de Enfermería.
Usuaría	3	Decide aceptar el procedimiento.
Enfermero(a)	4	Realiza la entrevista de datos personales.
Enfermero(a)	5	Registra la información de la entrevista.
Enfermero(a)	6	Realiza el procedimiento de exploración mamaria y anota los resultados obtenidos.
Enfermero(a)	7	Comunica de inmediato a la usuaria los hallazgos de la exploración mamaria.
Usuaría	8	Recibe resultados.
Enfermero(a)	9	En caso de anomalía, se da referencia a segundo nivel de atención.
FIN		



> DIAGRAMA DE FLUJO





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
L.E. Ma. Guadalupe Torres González	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de Jefatura de Departamento de Enfermería	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General



UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	APLICACIÓN DE DOSIS DE BIOLÓGICO
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/DE/003

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS





> OBJETIVO

Contribuir en la disminución de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunas, a la población del Municipio de Tlalnepantla de Baz, con énfasis en la población de menores, mujeres en edad fértil y grupos en riesgo, mediante la aplicación de biológico.

> ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud a través de los servicios que brinda la Jefatura de Departamento de Enfermería; así como a toda la población de Tlalnepantla de Baz, que solicite el servicio.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley General para la Inclusión de las personas con discapacidad.
- Ley de Asistencia Social.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de carácter Municipal, denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia"
- Reglamento de Salud del Estado de México.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, México.
- Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz.
- Libro segundo del Código Administrativo del Estado de México.
- Libro décimo primero del Código Administrativo del Estado de México.
- Norma Oficial Mexicana, NOM004-SSA3-2012.
- Norma Oficial Mexicana, NOM166-SSA1-1997.
- Norma Oficial Mexicana, NOM087-ECOL-SSA1-2002.
- Norma Oficial Mexicana, NOM017-SSA2-2012.
- Norma Oficial Mexicana, NOM019-SSA3-2013.
- Norma Oficial Mexicana, NOM013-SSA2-2015.
- Norma Oficial Mexicana, NOM007-SSA3-2011.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-036-SSA2-2002.

> GLOSARIO

- **Antígeno:** Componente de un agente o sustancia ajena al organismo (por ejemplo, moléculas de bacterias o virus), capaz de desencadenar una respuesta específica del





sistema inmune, activando y expandiendo a un grupo de sus células de defensa (linfocitos B), que producen anticuerpos, y linfocitos T (que ayudan a otras células de defensa y que destruyen células infectadas) específicos contra el mismo antígeno.

- **Carga viral:** Cantidad de virus en la sangre de una persona infectada. Se expresa como el número de partículas virales por cada mililitro de sangre. La carga viral permite evaluar la progresión de la enfermedad o la respuesta a los medicamentos.
- **Efectos adversos o colateral:** Cualquier problema de salud que ocurre después de la administración de una inyección o una vacuna. Puede ocurrir como consecuencia de ella o simplemente tratarse de una coincidencia (CDC).
- **Eficacia:** Capacidad de inducir protección.
- **Inmunidad:** Conjunto de mecanismos de defensa que le permiten al organismo protegerse de los agresores del medio. La defensa contra los microbios está mediada por las respuestas secuenciales y coordinadas que se denominan inmunidad innata y adaptativa.
- **Inmunización:** Es el proceso por el cual el sistema inmunológico de un individuo se fortalece contra un agente.
- **Refuerzo:** Dosis adicional de vacuna que se aplica periódicamente para estimular la respuesta inmune (CDC).
- **Vacuna:** Preparación que contiene un antígeno, que es utilizada para conferir inmunidad. Pueden provenir del patógeno a combatir o de alguna parte del mismo.
- **Vacunación:** Forma sencilla, inocua y eficaz de proteger contra algunas de las enfermedades transmisibles o no, a fin de activar la respuesta del sistema inmune. El esquema actual de vacunas lo protege específica y adecuadamente contra formas graves de tuberculosis, hepatitis B, difteria, tosferina, tétanos, poliomielitis, sarampión, rubéola y paperas, rotavirus, neumococo y el virus de la influenza.
- **Vacuna combinada:** Una vacuna que protege contra varias enfermedades.
- **Virus:** Ente que contiene información genética pero que no se puede replicar por sí mismo, sino que requiere invadir otra célula y utilizar sus mecanismos de reproducción.

➤ ACRÓNIMOS

- **DIFEM:** Desarrollo integral de la Familia Estado de México.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

➤ RESPONSABILIDADES

Titular de la Dirección de Salud, deberá:
Supervisar la aplicación de dosis de biológico.

Titular de la Jefatura de Departamento de Enfermería, deberá:
Administrar los recursos humanos y materiales para la prestación del servicio; coordinar y supervisar de forma continua al personal; así como concentrar y elaborar los informes mensuales para DIFEM.



Enfermeras (os), deberán:

Recibir al paciente con amabilidad y cordialidad; brindar orientación y preparar a la paciente para la realización del procedimiento; así como realizar el registro de datos personales en las bitácoras de la Jefatura de Departamento de Enfermería.

> INSUMOS

Aplicación de biológico:

- Alcohol.
- Algodón.
- Jeringa.
- Aguja.
- Biológicos.
- Diluyentes.
- Cartillas de vacunación.
- Gel antibacterial.
- Bata desechable.
- Cubre bocas.
- Refrigeradores.
- Termo.
- Congelantes.
- Termómetro lineal o de vástago.
- Charolas.
- Vaso contenedor de biológico.
- Rejillas.
- Campo quirúrgico.
- Jabón quirúrgico.
- Contenedor de RPBI.

> RESULTADOS

Realizar la aplicación de biológico, con la finalidad de brindar la protección para prevenir enfermedades que, podrían causar graves problemas de salud, discapacidad permanente o incluso la muerte.

> POLÍTICAS

- La aplicación de Biológico es de forma gratuita.
- El servicio se brinda en la Jefatura de Departamento de Enfermería dentro de los horarios de 9:00 a 17:00 horas.
- Toda la información y actividades están basadas en la Norma Oficial Mexicana para la NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos e inmunoglobulinas en el humano.
- Todos los datos personales de los pacientes se resguardan en expedientes y se les brinda la protección de acuerdo a la normatividad aplicable.



- El estudio se realiza a toda la población del Municipio de Tlalnepantla de Baz, sin importar la edad.
- Se deberá presentar cartilla de vacunación.

➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuaría(o)	1	Acude a la recepción del SMDIF, para solicitar información del servicio de Vacunación.
Personal de Recepción de la Clínica	2	Brinda información acerca del servicio solicitado y refiere a Enfermería.
Enfermera(o)	3	Brinda orientación y determina si requiere o no la aplicación, de acuerdo con la disponibilidad de biológico y el cumplimiento del esquema de vacunación.
Usuaría(o)	4	Decide aceptar la aplicación de biológico
Enfermera(o)	5	Realiza la entrevista de datos personales, brinda asesoría de indicaciones y contraindicaciones de la inmunización.
Enfermera(o)	6	Registra la información obtenida de la entrevista en los censos únicos.
Enfermera(o)	7	Realiza la aplicación de la dosis de biológico correspondiente.
Enfermera(o)	8	Realiza el llenado de la cartilla de vacunación.
FIN		





> **DIAGRAMA DE FLUJO**



269



➤ **FORMATOS**

- **Formato del censo nominal**

Anexo 5. Formato del Censo Nominal para población adulta (de 20 años y más) y mujeres embarazadas. (Anexo 1-C)

270



• Registro de aplicación de biológicos

Anexo T. Registro de Aplicación de Biológicos. Primera parte. SINBA-SIS-06-P-2017

MUNICIPIO	CANTON	CATEGORIA	EQUIPO	FECHA		ESTADO	OBSERVACIONES
				APLICACION	REVISION		
MUNICIPIO DE TLAXCALA	CANTON DE TLAXCALA	CATEGORIA DE...	EQUIPO...	...	...	...	...
			
			
			
MUNICIPIO DE...	CANTON DE...	CATEGORIA DE...	EQUIPO...	...	...	...	...
			
			
			
MUNICIPIO DE...	CANTON DE...	CATEGORIA DE...	EQUIPO...	...	...	...	...
			
			
			
MUNICIPIO DE...	CANTON DE...	CATEGORIA DE...	EQUIPO...	...	...	...	...
			
			
			
MUNICIPIO DE...	CANTON DE...	CATEGORIA DE...	EQUIPO...	...	...	...	...
			
			
			
MUNICIPIO DE...	CANTON DE...	CATEGORIA DE...	EQUIPO...	...	...	...	...
			
			
			
MUNICIPIO DE...	CANTON DE...	CATEGORIA DE...	EQUIPO...	...	...	...	...
			
			
			
MUNICIPIO DE...	CANTON DE...	CATEGORIA DE...	EQUIPO...	...	...	...	...
			
			
			
MUNICIPIO DE...	CANTON DE...	CATEGORIA DE...	EQUIPO...	...	...	...	...
			
			
			
MUNICIPIO DE...	CANTON DE...	CATEGORIA DE...	EQUIPO...	...	...	...	...
			
			
			
MUNICIPIO DE...	CANTON DE...	CATEGORIA DE...	EQUIPO...	...	...	...	...
			
			
			
MUNICIPIO DE...	CANTON DE...	CATEGORIA DE...	EQUIPO...	...	...	...	...
			
			
			
MUNICIPIO DE...	CANTON DE...	CATEGORIA DE...	EQUIPO...	...	...	...	...
			
			
			
MUNICIPIO DE...	CANTON DE...	CATEGORIA DE...	EQUIPO...	...	...	...	...
			
			
			

271



> VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
L.E. Ma. Guadalupe Torres González	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Enfermería	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOMATOMETRÍA Y SIGNOS VITALES
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/DE/004

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS



> OBJETIVO

Contribuir en la vigilancia y valoración del crecimiento de los individuos, su estado de salud-enfermedad y ayudar a determinar el diagnóstico médico y de enfermería. Dentro de la exploración física las mediciones de importancia son: peso, talla, signos vitales y perímetros en la población del Municipio de Tlalnepantla de Baz.

> ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud a través de los servicios que brinda la Jefatura de Departamento de Enfermería; así como a toda la población de Tlalnepantla de Baz, que solicite el servicio.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley General para la Inclusión de las personas con discapacidad.
- Ley de Asistencia Social.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de carácter Municipal, denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia"
- Reglamento de Salud del Estado de México.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, México.
- Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz.
- Libro segundo del Código Administrativo del Estado de México.
- Libro décimo primero del Código Administrativo del Estado de México.
- Norma Oficial Mexicana, NOM004-SSA3-2012.
- Norma Oficial Mexicana, NOM166-SSA1-1997.
- Norma Oficial Mexicana, NOM087-ECOL-SSA1-2002.
- Norma Oficial Mexicana, NOM017-SSA2-2012.
- Norma Oficial Mexicana, NOM019-SSA3-2013.
- Norma Oficial Mexicana, NOM013-SSA2-2015.
- Norma Oficial Mexicana, NOM007-SSA3-2011.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-030-SSA2-1999.





> RESPONSABILIDADES

Titular de la Dirección de Salud, deberá:

Supervisar el otorgamiento de los servicios de Somatometría y Signos Vitales.

Titular de la Jefatura de Departamento de Enfermería, deberá:

Administrar los recursos humanos y materiales para la prestación del servicio; coordinar y supervisar de forma continua al personal; así como concentrar y elaborar los informes mensuales para DIFEM.

Enfermeras (os), deberán:

Recibir al paciente con amabilidad y cordialidad; y realiza el registro de datos personales en las bitácoras de la Jefatura de Departamento de Enfermería.

Realizar la entrevista de datos personales; toma valores de peso, talla y signos vitales; así como registrar los valores obtenidos.

Personal de Recepción de la Clínica, deberá:

Brindar información acerca del servicio solicitado y referir a la caja o a la Jefatura de Departamento correspondiente de acuerdo las necesidades de la usuaria(o).

Cajera(o), deberá:

Recibir el pago del usuario(a) para el servicio correspondiente.

> GLOSARIO

- **Signos Vitales:** Nos permiten valorar y evaluar alteraciones de las funciones normales del cuerpo, constituyen una herramienta valiosa como indicadores: tensión arterial, pulso, frecuencia respiratoria y temperatura.
- **Somatometría:** Es el conjunto de maniobras para obtener medidas precisas de las ideas corporales de una persona.

> ACRÓNIMOS

- **DIFEM:** Desarrollo Integral de la Familia Estado de México.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

> INSUMOS

Somatometría y Signos Vitales:

- Baumanómetro.
- Estetoscopio.
- Reloj.
- Báscula de pedestal.
- Báscula neonatal.



- Oxímetro.

➤ RESULTADOS

Revisar los rangos de los signos vitales y los parámetros de somatometría de una persona, con la finalidad de verificar que estos sean óptimos o en su caso para la pronta detección de enfermedades y el complemento para los diagnósticos médicos, con el fin de contribuir a beneficio de la salud en toda la población del Municipio de Tlalnepantla de Baz

➤ POLÍTICAS

- El servicio se brinda en la Jefatura de Departamento de Enfermería, dentro de los horarios de 8:00 a 19:00 horas.
- El servicio se cobrará de acuerdo al Cálculo de Cuotas de Servicios Brindados por el SMDIF, vigente.
- Toda la información y actividades están basadas en la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
- Todos los datos personales de los pacientes se resguardan en expedientes y se les brinda la protección de acuerdo a la normatividad aplicable.
- La valoración se realiza a toda la población del Municipio de Tlalnepantla de Baz, sin importar la edad.



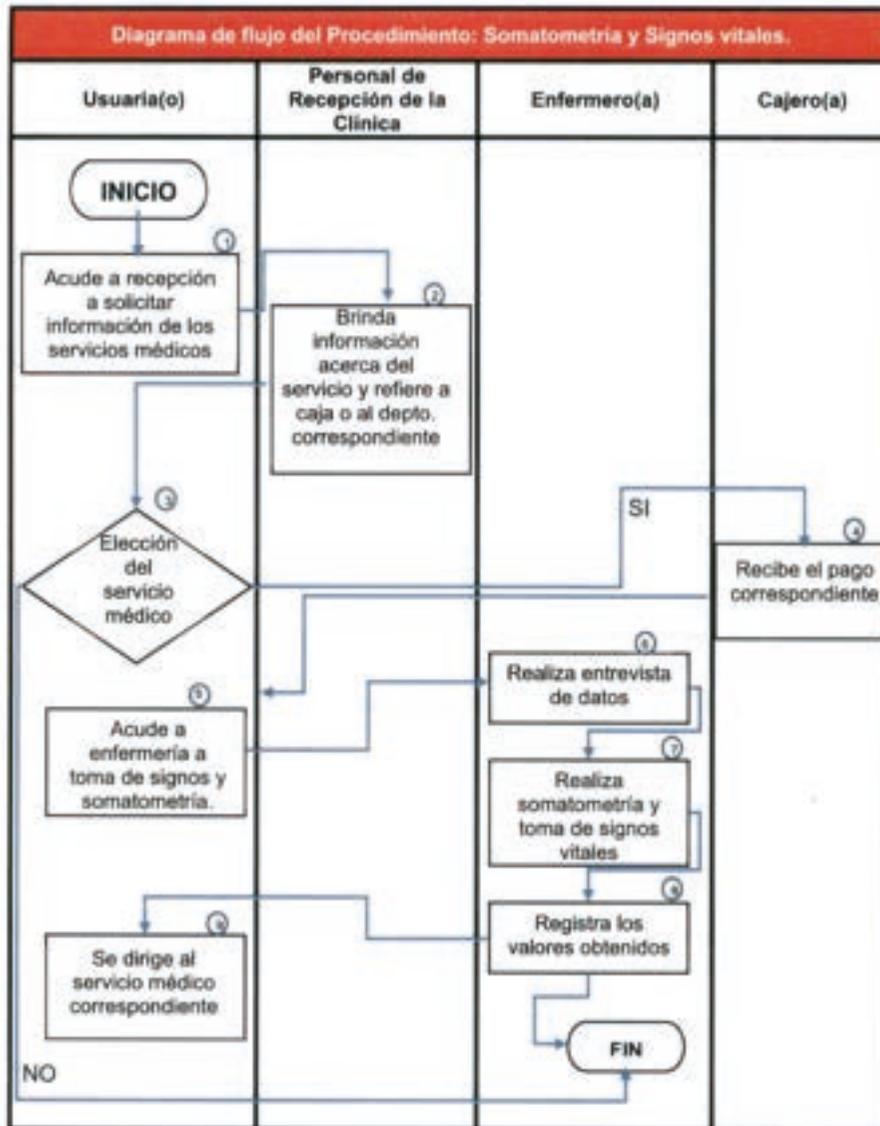


> DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuaría(o)	1	Acude a la recepción de la clínica o área médica del SMDIF, para solicitar información de los servicios médicos Somatometría y Signos Vitales.
Personal de Recepción de la Clínica	2	Brindar información acerca del servicio solicitado y referir a la caja o a la Jefatura de Departamento correspondiente, de acuerdo las necesidades de la usuaria(o).
Usuaría(o)	3	Elige el servicio médico de acuerdo a sus necesidades.
Cajero(a)	4	Recibe el pago del usuario(a) para el servicio correspondiente.
Usuaría(o)	5	Se dirige a la Jefatura de Departamento de Enfermería para la toma de somatometría y/o signos vitales.
Enfermero(a)	6	Realiza la entrevista de datos personales.
Enfermero(a)	7	Toma valores de peso, talla y signos vitales.
Enfermera(o)	8	Registra los valores obtenidos.
Usuaría(o)	9	Se dirige al servicio médico correspondiente para su atención.
FIN		



➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**



278



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
L.E. Ma. Guadalupe Torres González	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura Departamento de Enfermería	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General



e) DEPARTAMENTO DE LABORATORIO

UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE LABORATORIO
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	EXÁMENES DE LABORATORIO
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/DL/001

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS





➤ OBJETIVO

Proporcionar el servicio asistencial de exámenes de laboratorio a bajo costo, con la finalidad de apoyar al diagnóstico oportuno de la población que se encuentre en estado de vulnerabilidad.

➤ ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud a través de la Jefatura de Departamento de Laboratorio; a las personas usuarias de los servicios asistenciales de laboratorio; así como a los laboratorios externos con los que el SMDIF, tiene contratos vigentes para la maquila de análisis de laboratorio clínico.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley General de Asistencia Social.
- Ley General de Asistencia Social del estado de México y Municipios.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
- Ley que Crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter municipal, Denominados "Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.
- NOM-007-SSA3-2011, para la Organización y funcionamiento de los Laboratorios Clínicos.
- NOM-010-SSA3-2010, para la Prevención y Control de Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección Ambiental – Salud Ambiental Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos. Clasificación y Especificaciones de Manejo
- Lineamiento Técnico de Uso y Manejo del Equipo de Protección Personal ante la Pandemia COVID-19 (mayo 2020)
- Guía de prevención de COVID 19 en la actividad laboral (Disposición adecuada de los RPBI)
- Recomendaciones Básicas: Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (OPS/OMS).

➤ RESPONSABILIDADES

Titular de la Dirección de Salud, deberá:

Supervisar la prestación de servicio de laboratorio para brindar una atención de calidad a quien lo solicite; y promover la gestión para la contratación de la prestación de los servicios de Laboratorio externo (maquila).



Titular de la Jefatura de Departamento de Laboratorio, deberá:

Planear, organizar y supervisar la prestación del servicio de análisis clínicos de laboratorio a las personas usuarias que lo soliciten; Supervisar en todo momento el trabajo de los técnicos laboratoristas y el cumplimiento de los estándares de calidad en la recepción maquila de los análisis clínicos de laboratorio.

Administrar los materiales e insumos otorgados al personal a su cargo y en caso de encontrar posibles anomalías, robos o pérdidas reportarlas inmediatamente al Órgano Interno de Control; asimismo informar a la Dirección de Salud en términos, forma y prioridad que la misma determine, los casos de enfermedades transmisibles de notificación obligatoria.

Vigilar que dentro de las instalaciones de laboratorio del SMDIF, se apliquen las medidas de seguridad e higiene para la protección de la salud del personal expuesto por los menesteres de su ocupación; y supervisar y coordinar el buen funcionamiento de la toma, recepción, conservación y transporte de las muestras, como su procesamiento correspondiente.

Custodiar los archivos, expedientes y documentos que se generen, con motivo de la prestación del servicio de análisis clínicos de laboratorio del SMDIF; así como elaborar los informes y reportes mensuales de los servicios de análisis clínicos de laboratorio.

Solicitar el apoyo del personal de la Dirección de Finanzas, cuando se requiera de su participación en la recaudación por concepto de cuotas de recuperación de servicios de análisis clínicos de laboratorio en las unidades periféricas del SMDIF.

Técnico Laboratorista, deberá:

Proporcionar información a las personas usuarias que la soliciten; realizar toma de muestras y los análisis clínicos de laboratorio que le sean asignados.

Enviar las muestras al laboratorio externo; transcribir los resultados a los formatos específicos para su entrega; y entregar los resultados de laboratorio a las personas usuarias.

Realizar el inventario de reactivos que sean de su uso; mantener en resguardo los reactivos que sean de su uso y que utilice en la realización de análisis clínicos; e integrar un informe mensual de los exámenes que realizó en el periodo referido.

Recepcionista, deberá:

Brindar informes a las personas usuarias sobre los servicios de análisis clínicos de laboratorio del SMDIF, detallando requerimientos específicos y tiempos; así como canalizar a las personas usuarias a las áreas correspondientes conforme los requerimientos específicos de éstas.





Cajero (a) deberá:

Realizar el cobro de los exámenes de laboratorio a realizar; emitir el comprobante correspondiente de pago de la persona usuaria; brindar informes sobre los servicios de Laboratorio, cuando el personal de recepción no se encuentre; así como entregar resultados.

Laboratorio Externo contratado, deberá:

Recolectar las muestras y realizar las pruebas histopatológicas y especiales conforme a contrato respectivo.

➤ **GLOSARIO**

- **Consentimiento Informado:** Documento en el que las personas usuarias, de los servicios asistenciales de laboratorio que brinda el SMDIF, firman de manera autógrafa y voluntaria el consentimiento para la realización de pruebas clínicas de laboratorio.
- **Cuota de recuperación:** Cantidad que debe cubrir la persona usuaria de los servicios asistenciales de laboratorio brindado por personal del SMDIF, de conformidad con el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF", vigente.
- **Exámenes de Laboratorio:** Cualquiera de las pruebas clínicas específicas solicitadas por las personas usuarias, para evaluar cualitativa y cuantitativamente sus condiciones generales o específicas de salud; para el caso de los servicios asistenciales de laboratorio que brinda el SMDIF.
- **Laboratorio Externo:** Empresa que, mediante un proceso de contratación, se encarga de procesar por maquila, los análisis clínicos de laboratorio considerados dentro del rubro de Estudios Especiales y Estudios Histopatológicos.
- **Maquila:** Hace referencia al procesamiento, mediante un sistema económico, para el análisis de estudios de laboratorio clínico, ello mediante el uso de tecnología adecuada y controles de calidad internos con el objeto de proporcionar los servicios de ayuda en el diagnóstico clínico de las personas usuarias, enfocadas a cualquier entidad ya sea pública o privada del sector salud.
- **Muestra Biológica:** Material orgánico proveniente de tejidos o fluidos (sangre, orina), materia fecal, líquido cefalorraquídeo, etc. necesario para la realización de los diversos Exámenes de Laboratorio que se brindan como servicios médico asistenciales en el SMDIF.

➤ **ACRÓNIMOS**

- **CURP:** Clave Única de Registro de Población.
- **NOM:** Norma Oficial Mexicana.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.





➤ INSUMOS

- Orden médica, solicitud de autoridad competente o solicitud verbal.
- CURP.
- Recibo de pago.
- Carta de consentimiento informado debidamente firmada.
- Equipo de Protección Personal (bata desechable azul, googles, gorro desechable careta y guantes desechables)
- Muestra biológica.
- Material para realizar los análisis (diferentes aparatos para el procesamiento de las muestras, material de vidriería, reactivos analíticos, material para la toma de muestras, etc.).
- Formatos de resultados.
- Contrato de prestación de servicios con laboratorio externo.
- Vehículo con chofer.

➤ RESULTADOS

Realizar el diagnóstico de diferentes enfermedades, mediante la realización de exámenes de laboratorio a bajo costo, para saber el estado de salud del paciente y la importancia de realizar estudios para un diagnóstico oportuno.

➤ POLÍTICAS

- Las personas usuarias deberán presentarse con las indicaciones que se le señalen de acuerdo al examen de laboratorio a realizar.
- Las personas usuarias de los servicios asistenciales de laboratorio del SMDIF, deberán proporcionar una copia de su CURP o referenciar el mismo para recibir los servicios de análisis clínicos de laboratorio del SMDIF.
- En los Exámenes laboratorio el cobro será de acuerdo al "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados del SMDIF", vigente. En exámenes de rutina se otorgará 50% de descuento presentando la credencial de INAPAM o de discapacidad, mismos que son señalados en el anexo de este procedimiento.
- Obviando la condición física de las personas usuarias, no se otorgará descuento si no se presentan físicamente los documentos señalados.
- En dado caso de no contar con recursos financieros o con los documentos señalados para acreditar la aplicación de los descuentos, se deberá realizar una carta solicitud por escrito a la persona servidora pública titular de la Presidencia del Sistema para la aplicación de criterios asistenciales, mismos que serán evaluados de manera individual o por personal de trabajo social.
- Las personas usuarias deberán pagar su examen de laboratorio en la caja de la clínica o subsistema correspondiente, debiendo presentar su comprobante de pago para poder recibir cualquiera de los servicios de análisis clínicos de laboratorio del SMDIF.
- El horario de toma de muestras es de 8:00 – 10:00 horas.



- El horario de atención del laboratorio del SMDIF de Tlalnequintla de Baz, es de 8:00 a las 16:00 horas.
- El tiempo de entrega de resultados para cada uno de los servicios de exámenes de laboratorio será el siguiente:
 - a. En Grupo Sanguíneo, la entrega de resultados será 30 minutos posterior a la toma de muestra; solo en casos de verificación se entregará el mismo día por la tarde, previa notificación por el personal de laboratorio;
 - b. En Pruebas de No gravidez, la entrega de resultados será el mismo día, en la hora señalada, conforme se lo notifique el personal de laboratorio a la o el usuario;
 - c. En Exámenes Prenupciales, la entrega de resultados será dos días hábiles a partir de la toma, en la hora señalada, conforme se lo notifique el personal de laboratorio a los solicitantes;
 - d. En Exámenes de Rutina (Hematología, Examen general de orina, examen coproparasitos cópico y Química sanguínea) la entrega de resultados será de uno a dos días hábiles, en el horario determinado, conforme lo notifique el personal de laboratorio; y,
 - e. En Estudios Especiales y Estudios Histopatológicos (De maquila en laboratorio externo), la entrega de los resultados será de entre dos a cinco días hábiles conforme lo notifique el personal de laboratorio.
- El tiempo de entrega de los resultados de los Exámenes de Laboratorio puede variar por circunstancias externas y ajenas al personal de laboratorio del SMDIF, en determinado momento éste notificará a las personas usuarias sobre los tiempos o fechas estimadas para la entrega de los resultados.
- La entrega de resultados de los Exámenes de Laboratorio se realizará en un horario de 11:00 a las 15:00 horas; en caso de no recoger en el día y hora señalados, los resultados podrán recogerse en un horario de 08:00 a 15:00 horas.
- Las personas usuarias deberán aceptar las condiciones del servicio de análisis clínicos de laboratorio del SMDIF firmando un consentimiento informado.
- Para los resultados de la Prueba de V.I.H en caso de salir positiva no se entregará, será atendido por un médico del SMDIF, para que se haga el seguimiento correspondiente.
- Para la Prueba de no gravidez, el resultado de ésta se entregará en formato de Examen de Gravidez; si fuera positiva la prueba se entregará en formato de prueba de embarazo.
- Los resultados de las pruebas de V.I.H. y de No gravidez sólo se entregarán a la persona usuaria interesada, en horario de laboratorio.
- Los resultados de los exámenes de laboratorio, se entregarán a la persona usuaria en horario de atención de laboratorio, mostrando su recibo de pago. En caso de no traer el recibo de pago, los resultados se entregarán mostrando una identificación oficial vigente (credencial de elector, licencia de conducir, cédula profesional, etc.)
- En el caso de los Subsistemas los resultados los entrega el personal que cobra el servicio de Laboratorio.
- La Jefatura de Departamento de Ingresos, realizará la conciliación de los recursos propios recaudados a través del servicio de Laboratorio; así como emitir en un periodo no mayor a diez días hábiles, observaciones sobre las conciliaciones de los recursos propios





recaudados a través de los servicios de análisis clínicos de Laboratorio del SMDIF, a la persona servidora pública titular de la Jefatura de Departamento de Laboratorio.

- El Auxiliar General de la Jefatura de Departamento de Laboratorio, tendrá que preparar el material para la toma de muestras; lavar adecuadamente el material sucio que desechen las o los técnicos laboratoristas; asimismo realizar el proceso de limpieza de laboratorio manteniendo limpias las diferentes áreas de trabajo, siempre apoyando a la persona titular de la Jefatura de Laboratorio, en el archivo de los análisis que se realizan y en los procesos que se requieran de conformidad con sus funciones; así como asistir a las jornadas médicas para la difusión de laboratorio.





➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Recepcionista	1	Brindar información acerca de los requisitos, horarios, costos y servicios de laboratorio del SMDIF.
Persona usuaria	2	Decide si se realiza algún tipo de examen de laboratorio.
Persona usuaria	3	Paga sus exámenes de laboratorio en la caja de acuerdo al formato N. 1.
Persona usuaria	4	Con su comprobante de pago, se dirige a la Jefatura de Departamento de Laboratorio, a solicitar el servicio de análisis clínicos
Titular de la Jefatura de Departamento de Laboratorio	5	Toma datos de la persona usuaria en la solicitud de análisis a realizar y da indicaciones a la o el técnico laboratorista para brindar el servicio
Persona usuaria	6	Autoriza de manera particular el examen de Laboratorio solicitado mediante la firma de formato "Consentimiento Informado".
Titular de la Jefatura de Departamento de Laboratorio/Técnico Laboratorista	7	Toma la muestra biológica de acuerdo al tipo de examen de laboratorio para el análisis correspondiente.
Titular de la Jefatura de Departamento de Laboratorio/Técnico Laboratorista	8	Canaliza al laboratorio externo contratado, en caso de que así se requiera
Personal Laboratorio Externo	9	Recoge las muestras biológicas.
Personal Laboratorio Externo	10	Procesa muestras biológicas.
Personal Laboratorio Externo	11	Envía resultados de las personas usuarias al Departamento de Laboratorio.
Titular de la Jefatura de Departamento de Laboratorio	12	Supervisa y coordina el procesamiento de las muestras y entrega de resultados externos.
Titular de la Jefatura de Departamento de Laboratorio / Técnico Laboratorista	13	Procesa las muestras y registra en el formato de solicitud de análisis.
Técnico Laboratorista	14	Transcribe los resultados a los formatos correspondientes para la entrega de resultados al paciente.
Titular de la Jefatura de Departamento de Laboratorio	15	Revisa y valida con su firma los resultados de laboratorio.
Titular de la Jefatura de Departamento de Laboratorio	16	Entrega los resultados de los exámenes de laboratorio al personal de recepción.

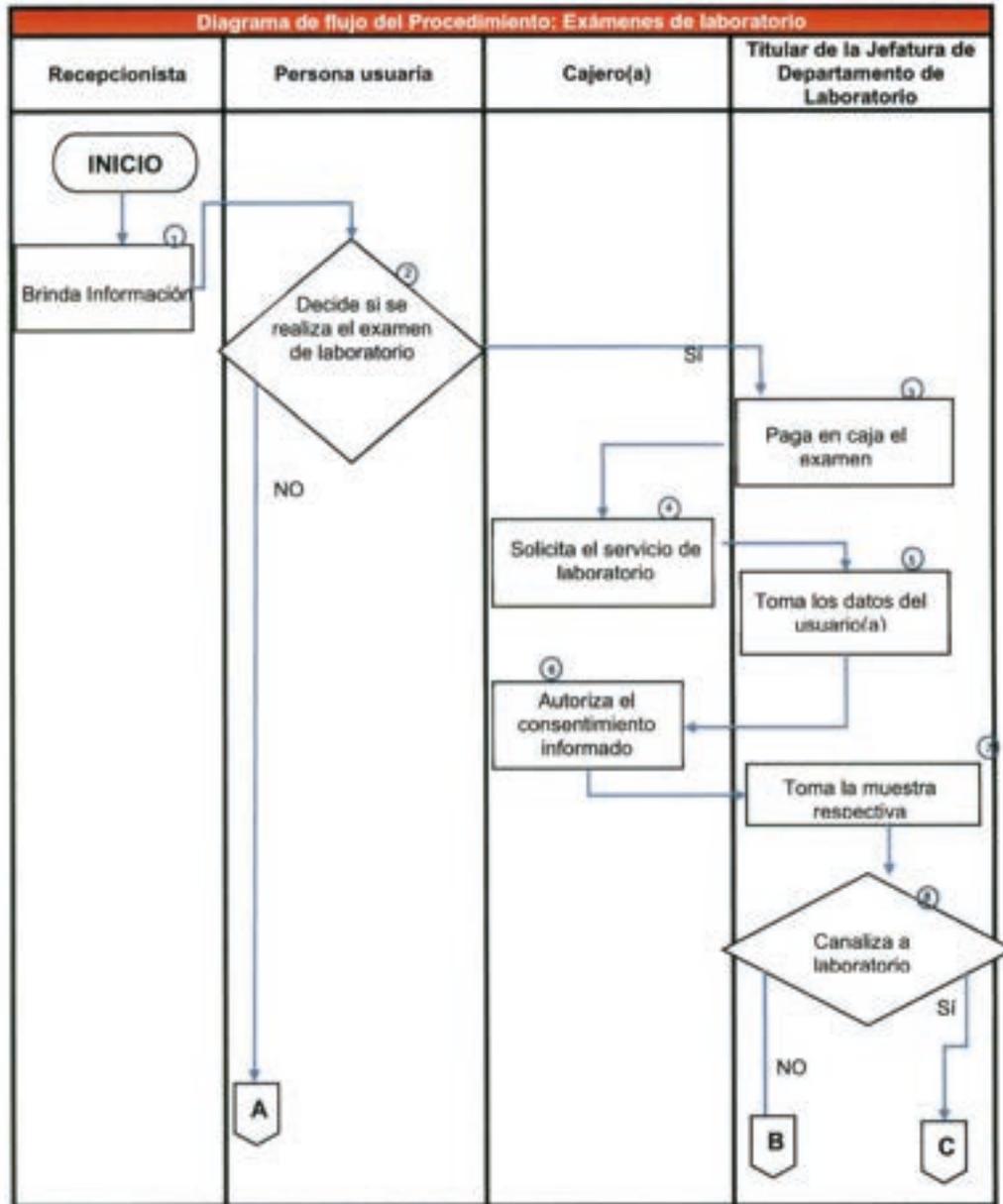


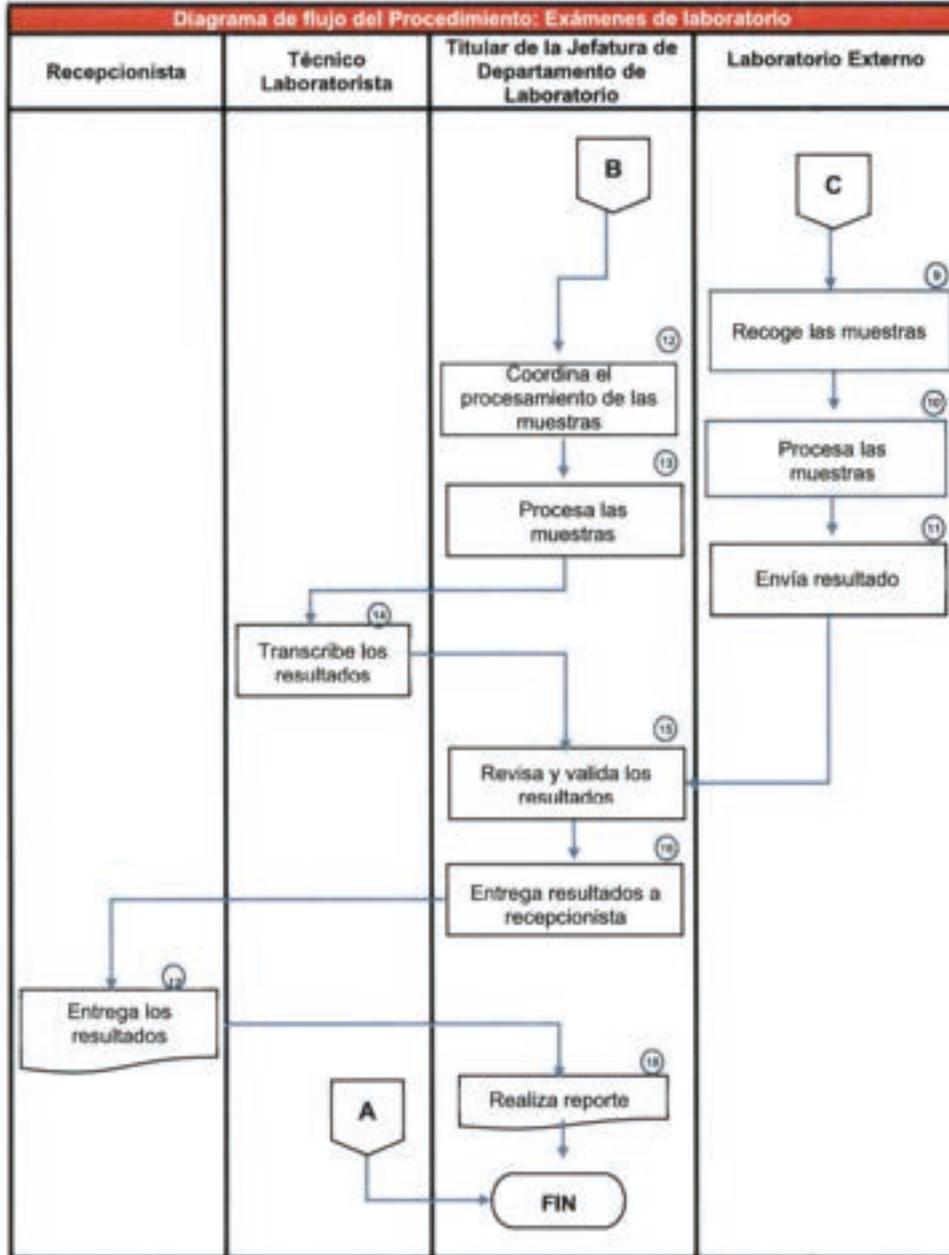
Recepcionista	17	Entrega los resultados de los exámenes de laboratorio a las personas usuarias cuando estas muestran su recibo de pago o identificación oficial
Titular de la Jefatura de Departamento de Laboratorio	18	Realiza un informe de los servicios de exámenes de laboratorio atendidos a la Dirección de Salud.
FIN		





> DIAGRAMA DE FLUJO







➤ **FORMATOS**

- **Formato recibo de pago**

DIF Tlalnepantla

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS Folio: N° 0750
ORDEN DE SERVICIO RECIBO DE PAGO

EXTERNO (CÓDIGO DE) _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

MEDICINA GENERAL <input type="checkbox"/>	LABORATORIO <input type="checkbox"/>	GINECOLOGÍA <input type="checkbox"/>	DIF <input type="checkbox"/>
PEDIATRÍA <input type="checkbox"/>	MEDICINA INTERNA <input type="checkbox"/>	OBSTETRICIA <input type="checkbox"/>	ESPECIALISTA <input type="checkbox"/>
ENFERMERÍA <input type="checkbox"/>	NEFROLOGÍA <input type="checkbox"/>	PEDIATRIA <input type="checkbox"/>	FARMACIA <input type="checkbox"/>
RADIOLOGÍA <input type="checkbox"/>	ODONTOLÓGICA <input type="checkbox"/>	RADIOLOGIA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FISIOTERAPIA <input type="checkbox"/>	OPTOMETRÍA <input type="checkbox"/>	FISIOTERAPIA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FECHA: _____

PRESCRIBIDA: _____



• **Formato consentimiento informado**



DIRECCIÓN DE SALUD
DEPARTAMENTO DE LABORATORIO



"2022 Año del Bicentenario de la Fundación de Toluca de Lerdo, Capital del Estado de México"

Tlalnepantla de Sal, Estado de México a _____ de _____ de 20__

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de este documento informo que yo

C. _____

Edad _____ Fecha de toma de muestra _____

Charge mi consentimiento con base al punto 10.1 parte de consentimiento informado de la NOM-004 SSAO-2012 del EXPEDIENTE CLASCO de manera libre, consciente e inequívoca para que el Laboratorio de DIF TLALNEPANTLA me realice los estudios de rutina que constan con el número de folio _____ del Laboratorio de DIF con el fin que converja a mi interés y salud en términos de diagnósticos médicos me sean realizados, liberando a Laboratorio de DIF TLALNEPANTLA de cualquier responsabilidad que llegue a ocurrir por dicho consentimiento.

En caso de ser menor de edad o con incapacidad, se otorga y autoriza al responsable.

Nombre completo y firma
Cargo al consentimiento informado

Oficina Atención DIF Tlalnepantla de Sal,
Av. Cuauhtémoc de Santa Mónica s/n, s/n, Colonia de
San Fernando, C.P. 54500 Estado de México
Tel: (55) 5597 2170 ext. 100
www.diftlalnepantla.gob.mx





H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TALAÑEPANTLA DE BAZ
2022-2024



• **Consentimiento informado examen de gravidez.**



• Calle Principal
• Calle 10 de Mayo
• Calle 15 de Septiembre

DIRECCIÓN DE SALUD
DEPARTAMENTO DE LABORATORIO



"2022. Año del Gobernador de la Fundación de Toluca de Lerdo, Capital del Estado de México"

Tlalnepantla de Baz, Estado de México a _____ de _____ del _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE NO GRAVIDEZ

DATOS PERSONALES

Nombre de la Paciente _____

Edad _____

Fecha de Nacimiento _____

Teléfono _____

Credencial de Elektor _____

Autorizo Libre y voluntariamente la realización de la prueba de No Gravidéz mediante prueba de elector o prueba profesional o parámetro.

Se me explica que en caso de ser positivo la prueba de embarazo, no se extenderá un resultado de no gravidéz, se entenderá resultado de prueba de embarazo normal.

Estoy enterada que debo recoger resultado en el laboratorio dentro del horario de labores del mismo (9:00 a 14:00hrs).

Nuestro completo y libre
Otorga el consentimiento informado

Secretaría Municipal DIF Tlalnepantla de Baz
de Avenida de Santa Fe 1000 en. Centro de
San Fernando, C.P. 54000 Estado de México
Tel (55) 561 3110 ext. 108
www.tlalnepantla.gob.mx



• Formato consentimiento informado VIH



DIRECCIÓN DE SALUD
DEPARTAMENTO DE LABORATORIO



"1922 Año del Gobierno Federal de la Federación de Toluca de Lerón, Capital del Estado de México"

Tlaxiapantla de Salas, Estado de México a _____ de _____ del _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

En caso de tratar de un menor de edad, o de un paciente que se encuentre en caso de incapacidad temporal o permanente, o por una situación legal no pueda expedir el consentimiento informado, la autorización será sujeta por el familiar más cercano en vínculo que lo acompañe, o en su caso, por el tutor o representante legal. Cuando no sea posible obtener autorización por incapacidad del paciente y la ausencia de familiares o representantes legales, los médicos autorizados, previo valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, se llevará a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando la responsabilidad por escrito en el expediente clínico (Ley General de Salud).

DATOS PERSONALES

Nombre del Paciente _____

Educación _____

Sexo _____

Fecha de Nacimiento _____

Teléfono _____

Nombre de la persona que recibió la información y da el consentimiento _____

Paciente () , Responsable () , Familiar () , Pariente ()

Médico Tratante _____

Certificación Profesional o especialidad _____

A través de la presente se informa la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) tipo 1 y 2, por principio electroquímico (ELISA).

Me han explicado y he entendido todas las referencias y el riesgo beneficio esperados. He comprendido que se podrán realizar pruebas confirmatorias si el resultado es reactivo y también de que los resultados serán entregados de forma confidencial y discreta a la persona o al representante legal sea el caso conforme lo indica la NOM-015-SSA2-2012

Nombre completo y firma
Cargo al consentimiento informado

Escena 4000 por DIF Tlaxiapantla de Salas
Av. Cuarenta de Septiembre s/n, s/n, Colonia de
Ignacio Zaragoza, C.P. 26000 Tlaxiapantla de Salas
Tel: (01) 521 2111 ext. 100
www.tlaxiapantla.gob.mx



• **Formato solicitud de análisis**



Laboratorio de Análisis Clínicos
SOLICITUD DE ANÁLISIS

Nombre:			Peso:
Médico:			Fecha:
Diagnóstico Presuntivo:	Edad:	Sexo:	

HEMATOLOGÍA	QUÍMICA CLÍNICA	GENERAL DE ORINA	PARASITOLOGÍA	OTROS ESTUDIOS
Fórmula Fémale	Glucosa	pH	Coproparasitoscopia	
Rojo Blanca Rubia	Urea	Densidad	Análisis en Fresco	
Entrecitos	Creatinina	Color	Citología Píaco Fecal	
Hemoglobina	Ac. Úrico	Aspecto	Raspado Anal	
Hematocrito	Coenzima	Albumina	Sangre Oculta	
CH.G.	Trofozoitos	Glucosa	BACTERIOLOGÍA	
Leucocitos	Proteínas Totales	Adrenalina	Exudado Uretral	
Linfocitos	Albumina -	Bilirrubina	Exudado Nasal	
Monocitos	Globulinas	Uropigmento	Exudado Faringeo	
Cosenoftos	Rel. A/G	Hemoglobina	Exudado Vaginal	
Basofitos	Calcio	Nitritos	Exudado Vaginal	
Segmentados	S. Total	INMUNOLOGÍA	Coprocultivo	
En banda	S. Directa	Antiestreptolisinas	Urocultivo	
Sedimentación	S. Indirecta	Prot. C. Reactiva	BAAR	
Proteínas	T.G.O.	Factor Reumatoide	Escherichia coli	
T.R. CONT. PROB	T.G.R.	V.D.R.L.	Estreptococos	
T.R.F.	F. Alcalina	F. Embarazo		
Grupo Sanguíneo	Fáforo	Resc. Fabrics		
Factor Rh	D.H.L.	H.I.V.		
Anomalías	Rib. Glucosada	R. Gravidit		
Cálculo La.	Gluc. P.P.			
	Química 27 elementos			

OBSERVACIONES:



295



• Formato Hematología



Laboratorio de Análisis Clínicos
HEMATOLOGÍA



Nombre:	Folio:
Médico:	Fecha:

	VALORES NORMALES		
	HOMBRES	MUJERES	Niños
ERITROCITOS	4.6-5.9 millones/mm ³	4 - 5.3 millones/mm ³	4 - 5 millones/mm ³
HEMOGLOBINA	13.2 - 17 g/dl	12 - 16 g/dl	12 - 16 g/dl
HEMATOCRITO	40-54 %	37-47 %	37-50%
C.H.M.S		32-38%	
LEUCOCITOS	5,000 - 10,000/mm ³		
LINFOCITOS	20 - 40 %		
MONOCITOS	3 - 8 %		
EOSINOFILOS	1 - 4 %		
BASOFILOS	0 - 1 %		
SEGMENTADOS	50 - 65%		
BARRA	0 - 5 %		
SEDIMENTACIÓN	0 - 7 mm	0 - 15 mm	0 - 15 mm
PLAQUETAS	150,000 - 350,000 mm ³		
RETICULOCITOS	0.5 - 1.5 %		
GRUPO SANGUÍNEO			
FACTORES B			

OBSERVACIONES

RESPONSABLE





• **Formato químico clínica**



Laboratorio de Análisis Clínicos
QUÍMICA CLÍNICA



Nombre:	<input type="text"/>	Folio:	<input type="text"/>
Medico:	<input type="text"/>	Fecha:	<input type="text"/>

Glucosa	<input type="text"/>	60 - 100 mg/dl
Urea	<input type="text"/>	15 - 45 mg/dl
Creatinina	<input type="text"/>	0.5 - 1.2 mg/dl
Acido Úrico	<input type="text"/>	H.S. - 7.2 mg/dl H.3.8 - 6.0 mg/dl
Colesterol Total	<input type="text"/>	Hasta 200 mg/dl
Triglicéridos	<input type="text"/>	Hasta 150 mg/dl
Proteínas Totales	<input type="text"/>	6.0 - 8.3 g/dl
Albumina	<input type="text"/>	3.5 - 5.2 g/dl
Globulinas	<input type="text"/>	2.5 - 3.5 g/dl
Relación A/G	<input type="text"/>	1.3 - 2.5
Calcio	<input type="text"/>	8.8 - 10 mg/dl Níon - 10.0 - 13.0 mg/dl Sulfato 8.0 - 10.0 mg/dl

PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA

Bilirrubina Total	<input type="text"/>	0.2 - 1.0 mg/dl
Bilirrubina Directa	<input type="text"/>	0.0 - 0.2 mg/dl
Bilirrubina Indirecta	<input type="text"/>	0.03 - 0.7 mg/dl
T.G.O.	<input type="text"/>	5 - 34 u/l
T.G.P.	<input type="text"/>	10 - 35 u/l
Fosfatasa Alcalina	<input type="text"/>	Menor de 125 u/l 1-3 años de 80-245 u/l 10-17 años 40-280 u/l
Gamma	<input type="text"/>	2.7 - 4.5 mg/dl
Dehidrogenasa Láctica	<input type="text"/>	Adultos 100-210 u/l

RESPONSABLE



• Formato examen de gravidez

Laboratorio de Análisis Clínicos EXAMEN DE GRAVIDEZ			
Nombre:	_____	Folio:	_____
Méico:	_____	Fecha:	_____

EXAMEN DE GRAVIDEZ
Resultado: negativo

Responsable

• Formato de laboratorio de análisis clínicos

Laboratorio de Análisis Clínicos			
Nombre:	_____	Folio:	_____
Méico:	_____	Fecha:	_____

RESPONSABLE





• Formato examen general de orina



Laboratorio de Análisis Clínicos
EXAMEN GENERAL DE ORINA



Nombre:	Folio:
Medico:	Fecha:

EXAMEN MACROSCÓPICO		SEDIMENTO URINARIO	
PH		BACTERIAS	
DENSIDAD		CÉLULAS EPITELIALES	
COLOUR		CRISTALES	
ASPECTO			
ALBUMINA			
GLUCOSA			
ACETONA		CLINDIOS	
BILIRUBINA		LEUCOCITOS	
UROBILINOGENO		ERITROCITOS	
HEMOGLOBINA		LEVADURAS	
NITRITOS		TRICHOZONAS	

Responsable

• Tarjeta grupo sanguineo Santa Mónica

Fecha		Folio	
Laboratorio de Análisis Clínicos			
Nombre del paciente:			
Determinación del grupo sanguineo y factor Rh ó (D)			
DIF Central Santa Mónica Av. Conde de Santa Mónica s/n. Esq. Convento de San Fernando Fracc. Jardines de Santa Mónica, Tlalnepantla de Baz, Edo. de México Tels: 55-63-92-91-52 / 55-53-61-31-15 Ext. 106			



• Tarjeta grupo sanguíneo Cristina Pacheco

Sistema Municipal DIF en Tlalnepantla de Baz

Fecha	Laboratorio de Análisis Clínicos	Folio
Nombre del paciente:		
Determinación del grupo sanguíneo y factor Rh ó (D)		

DIF Cristina Pacheco
 Av. San José León 18y 19 Col. San José Ixtuapoco,
 Tlalnepantla de Baz, Edo. de México
 Tel: 55-57-14-39-07





- Formato química 27 elementos (hoja 1)



Laboratorio de Análisis Clínicos

QUÍMICA DE 27 ELEMENTOS

Nombre:		Folio	
Médico:		Fecha	

ESTUDIO	RESULTADO			VALORES DE REFERENCIA
	BAJO	DENTRO	ALTO	
GLUCOSA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	60.0 - 100.0 mg/dl
NITRÓGENO DE UREA (BUN)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5.0 - 17.0 mg/dl
UREA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	15.0 - 45.0 mg/dl
CREATININA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0.5 - 1.2 mg/dl
ÁCIDO ÚRICO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hombres 2.6 - 6.0 mg/dl Mujeres 1.5 - 3.3 mg/dl
COLESTEROL TOTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hombres 150-200 mg/dl Mujeres 120-160 mg/dl ALTO MAYOR A 240 mg/dl
TRIGLICÉRIDOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hombres 50-150 mg/dl Mujeres 30-100 mg/dl ALTO MAYOR A 200 mg/dl
BILIRUBINA TOTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0.2 - 1.0 mg/dl
BILIRUBINA DIRECTA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0.0 - 0.2 mg/dl
BILIRUBINA INDIRECTA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0.2 - 0.7 U/L
T.G.P.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10.0 - 35.0 U/L
T.G.O.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5.0 - 34.0 U/L
POSFATA ALCALINA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hombres 10-20 U/L 1 a 5 años 10-20 U/L 6 a 12 años 10-20 U/L 13 a 18 años 10-20 U/L
DESHIDROGENASA LÁCTICA (LDH)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ALTA 100 - 250 U/L
GAMA GLUTÁMIL TRANSPEPTIDASA (GGT)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	80 - 34.0 U/L

301



Formato Química 27 elementos (hoja 2)



Laboratorio de Análisis Clínicos
QUÍMICA DE 27 ELEMENTOS

Nombre:	Folio
Médico:	Fecha

ESTUDIO	RESULTADO			VALORES DE REFERENCIA
	BAJO	DENTRO	ALTO	
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (H.D.L.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<small> Hombres: 100 - 150 mg/dL Mujeres: 100 - 150 mg/dL Niños: 100 - 150 mg/dL </small>
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (L.D.L.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<small> Hombres: 160 - 200 mg/dL Mujeres: 130 - 170 mg/dL Niños: 100 - 150 mg/dL </small>
PROTEÍNAS TOTALES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6.0 - 8.2 g/dL
ALBUMINA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3.5 - 5.2 g/dL
GLOBULINA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2.3 - 3.5 g/dL
RELACIÓN A/G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1.3 - 2.5 g/dL
CÁLCIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<small> Niños: 9.0 - 10.0 mg/dL Mujeres: 9.0 - 10.0 mg/dL Adultos: 9.0 - 10.0 mg/dL </small>
HERRO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<small> Niños: 50.0 - 100.0 µg/dL Mujeres: 50.0 - 100.0 µg/dL </small>
IODIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	136.0 - 148.0 mEq/L
POTASIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3.5 - 5.1 mEq/L
CLORO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	95.0 - 108 mEq/L
COLESTEROL NO HDL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<small> Hombres: 130 - 160 mg/dL Mujeres: 100 - 130 mg/dL Niños: 100 - 150 mg/dL </small>
RELACIÓN BUN/CREAT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10.0 - 20.0
ÍNDICE ATEROGÉNICO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MEJOR A 4.5

Responsable



• Formato Examen Prenupcial



EXAMEN PRENUPCIAL
LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

Nombre del paciente		Escriba	
		Fecha	

KAHN:	NEGATIVO
MAZZINNI	NEGATIVO
WASSERMANN	NEGATIVO
VDRL	NEGATIVO

GRUPO SANGUÍNEO: _____ RH: _____
 RESPONSABLE: _____
 CED. PROF.: _____

FIRMA: _____
Muestra y Firma

DIF Central Santa Mónica: Av. Convento de Santa Mónica s/n. Esq. Convento de San Fernando
 Fracc. Jardines de Santa Mónica, Tlalnepantla de Baz, Edo. de México
 Tel: 55-53-95-21-52 55-53-61-21-15 Ext. 106



- Anexo del listado cuotas de recuperación, de conformidad con el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF" (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).



7. SERVICIOS DE LABORATORIO DEL SMDIF.

SERVICIO	COMIJO		SUSCUENTO CON CREDITACIONES NAFAWISCA/ASAD	
	GOBIERNO ESTADAL DE TLAXCALA	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	GOBIERNO ESTADAL DE TLAXCALA	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
ACIDO URICO (AU)	\$30.00	\$29.00	50%	50%
ALBUMINA EN SUERO	\$80.00	\$80.00	50%	50%
AMIA EN FRASCO (AF)	\$55.00	\$50.00	50%	50%
ANTIBIOTIOPROFILAXIS (AEL)	\$45.00	\$45.00	N/A	N/A
BIURUBINAS	\$40.00	\$40.00	N/A	N/A
BIOMERIA HEMATICA (BH)	\$70.00	\$65.00	50%	50%
CALCIO (Ca)	\$60.00	\$45.00	N/A	N/A
CITOLOGIA FECAL O MOCO FECAL O LEUCOCITOS	\$45.00	\$45.00	50%	50%
CITOCLOGIA NASAL (TISHOPLOS POR 3)	\$150.00	\$140.00	N/A	N/A
COLESTEROL TOTAL	\$40.00	\$35.00	N/A	50%
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	\$145.00	\$135.00	N/A	N/A
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD	\$145.00	\$135.00	N/A	N/A
COPROCATIVO (CCU)	\$260.00	\$250.00	N/A	N/A
COPROPARASITOSCOPICO (CP 3)	\$70.00	\$65.00	50%	50%
COPROLOGICO ESPECIAL	\$70.00	\$60.00	50%	50%
CREATININA	\$30.00	\$25.00	50%	50%
CULTIVO DE ARBORES	\$300.00	\$300.00	N/A	N/A
CULTIVO CLAMANTAL UN OJO	\$250.00	\$250.00	N/A	N/A
CULTIVO DE EFECTIVACION	\$110.00	\$100.00	N/A	N/A
CULTIVO DE EXUDADO PARASICO (DEP)	\$250.00	\$250.00	N/A	N/A
CULTIVO NASAL	\$150.00	\$150.00	N/A	N/A
CULTIVO DE SECRECION MAMARIA	\$250.00	\$250.00	N/A	N/A
CULTIVO HERIDA/ULCERACION	\$250.00	\$250.00	N/A	N/A
CULTIVO VULVAR	\$250.00	\$250.00	N/A	N/A
CULTIVO DE EXUDADO VAGINAL (CEV)	\$250.00	\$250.00	N/A	N/A
CULTIVO URETRAL	\$250.00	\$250.00	N/A	N/A
CULTIVO ESPERMOCITIVO	\$250.00	\$250.00	N/A	N/A
CURVA DE TOL. A LA GLUCOSA (CAG)	\$120.00	\$120.00	N/A	N/A
CURVA DE TOL. A LA GLUCOSA (CTG)	\$120.00	\$120.00	N/A	N/A
DEPURACION DE CREATININA EN OJOS DE 24 HRS	\$40.00	\$70.00	N/A	50%

Nuevo Gobierno, *Nuevas Ideas*



- Anexo del listado cuotas de recuperación, de conformidad con el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF" (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDITOS DE CAPACITACION	
	DIF TLAXCALA DE SAT	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	SUBSISTEMA "TLAXCALA DE SAT"	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
DESHIDRATACION DE LA	\$ 35.00	\$ 185.00	N/A	50%
EXAMEN GENERAL DE ORINA (GEO)	\$ 95.00	\$ 45.00	50%	N/A
FACTORES REUMATICOES (FR)	\$ 60.00	\$ 45.00	50%	N/A
FORMIATAMA ALCALINA	\$ 158.00	\$ 60.00	N/A	N/A
GLUCOSA	\$ 30.00	\$ 25.00	50%	50%
GLUCOSA AYUNO Y POST CARGA (2200 PMANO)	\$ 138.00	\$ 115.00	N/A	N/A
GRUPO SANGUINEO Y RH (GPO)	\$ 35.00	\$ 30.00	50%	50%
HEMOGLOBINA Y HEMOGLOBINA (HBA, H)	\$ 25.00	\$ 22.00	50%	N/A
LEUCOCITOS	\$ 120.00	\$ 115.00	N/A	N/A
PROBIOLOGICO UNICO	\$ 120.00	\$ 60.00	50%	50%
PANORAMA DE FUNCION RENAL (DIA, CREAT. K, TOT. ELECTROLIT)	\$ 420.00	\$ 400.00	N/A	N/A
PERFIL DE CHOLESTEROL (BK, EOO, CRI, CRI)	\$ 285.00	\$ 245.00	N/A	N/A
PERFIL DE EMBARAZO EN EL CU. QUICORON	\$ 295.00	\$ 295.00	N/A	N/A
PERFIL DE DIABETES (HE GLUCO EOO, QUICORON)	\$ 285.00	\$ 250.00	N/A	N/A
PERFIL DE LICOPOPROTEINAS	\$ 285.00	\$ 250.00	N/A	N/A
PERFIL HEPATICO (GPT, ALB, TBIL, TGO, F, ALB, DHE)	\$ 280.00	\$ 280.00	N/A	N/A
PERFIL RENAL (DIA, ALB, POR, F, BUN, CREAT)	\$ 190.00	\$ 175.00	N/A	N/A
PERFIL TIREOIDEO (SH, TP, BPT, PTH, BUN, CREAT, UREA, AC, UUNCO, PROCT EN ORINA, SA, INHIBICION DE CREAT)	\$ 115.00	\$ 95.00	N/A	N/A
PLAQUETE	\$ 65.00	\$ 50.00	N/A	N/A
PRENATALES (BK, GPT, VDRL, QUIC, EOO)	\$ 140.00	\$ 140.00	N/A	N/A
PRENATALES (BK, GPT, VDRL, QUIC, EOO, HIV)	\$ 380.00	\$ 380.00	N/A	N/A
PRENATALES (VDRL, GPT, TITROINA)	\$ 140.00	\$ 115.00	N/A	N/A
PRENATALES (VDRL, GPO)	\$ 200.00	\$ 210.00	N/A	N/A
PROBIOLOGICO UNICO	\$ 120.00	\$ 60.00	50%	50%
PROBIOLOGICO UNICO	\$ 120.00	\$ 60.00	50%	50%

Nuevo Gobierno, *Nuevas Ideas*



- Anexo del listado cuotas de recuperación, de conformidad con el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF" (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DE CUANTO CONCRECIÓN AL DE PLAZA MUY SATISFECHO	
	GOB. DEL ESTADO DE TLAXCALA	SUBSISTEMA "CIENFES FACILICO"	GOB. DEL ESTADO DE TLAXCALA	SUBSISTEMA "CIENFES FACILICO"
PROFENATORIO (SP, DL, BGO, DPO, TC)	\$300.00	\$150.00	NA	NA
PROFENATORIO (SP, DL, BGO, DPO, TC, HV)	\$500.00	\$400.00	NA	NA
PROTEINA C REACTIVA (PCR)	\$60.00	\$45.00	80%	80%
PROTEÍNAS TOTALES EN SANGRE	\$80.00	\$40.00	NA	NA
PROTEÍNAS TOTALES EN ORINA 24 HRS	\$85.00	\$40.00	NA	NA
PRUEBA DE EMBARAZO (NO (PRAVIDE))	\$120.00	\$100.00	NA	NA
P. DE EMBARAZO EN SANGRE O (PRAVIDE URGENTE)	\$120.00	\$100.00	NA	NA
PRUEBA DE EMBARAZO EN SANGRE (PRUBAS DE FUNC. RENAL) (PPL, TCO, TCF, BU)	\$140.00	\$70.00	NA	NA
QUÍMICA SANGUÍNEA DE S (ELEMENTOS DEL S)	\$110.00	\$60.00	80%	80%
QUÍMICA SANGUÍNEA DE S (ELEMENTOS DEL S)	\$110.00	\$60.00	NA	NA
REACCIONES REVIS (REU, HGG)	\$70.00	\$65.00	NA	NA
RETCULOCITOS	\$45.00	\$35.00	NA	NA
SANGRE OCULTA EN HECE (SUFRACO)	\$40.00	\$30.00	NA	NA
SEDIMENTACIÓN (VOR)	\$40.00	\$35.00	NA	NA
TIEMPO DE SANGRADO	\$20.00	\$15.00	NA	NA
TIEMPO DE COAGULACIÓN (TC)	\$20.00	\$15.00	NA	NA
TIEMPO DE COAGULACIÓN (TP, TPT, TC, TS)	\$145.00	\$140.00	NA	NA
TIEMPO DE FIBRÓLISIS (TF)	\$80.00	\$65.00	NA	NA
TIEMPO PARCIAL DE FIBRÓLISIS (TFP)	\$80.00	\$65.00	NA	NA
TRANSAMINASAS (TPT)	\$74.00	\$60.00	NA	NA
TRANSAMINASAS (TPO)	\$70.00	\$60.00	NA	NA
TRANSAMINASAS (TPO)	\$70.00	\$60.00	NA	NA
TRANSAMINASAS (TPO)	\$70.00	\$60.00	NA	NA
UREA	\$30.00	\$25.00	80%	80%
URO CULTIVO	\$290.00	\$240.00	NA	NA
VCR	\$70.00	\$65.00	NA	NA
ACANTÓCITOS NATIVO	\$200.00	\$200.00	NA	NA
ACANTÓCITOS NATIVO DOBLE CÁMERA	\$480.00	\$480.00	NA	NA

Nuevo Gobierno, Nuevas Ideas



- Anexo del listado cuotas de recuperación, de conformidad con el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF" (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DE ACUERDO CON PRECIOS DEL "CATÁLOGO DE CUOTAS DE LOS SERVICIOS BRINDADOS POR EL SMDIF"	
	GOBIERNO REGIONAL DE TALCA	SISTEMA "CRISTINA FACRICO"	GOBIERNO REGIONAL DE TALCA	SISTEMA "CRISTINA FACRICO"
AC ANTITRICOPLASMA IgM	\$380.00	\$330.00	NA	NA
AC ANTITRICOPLASMA PALIDUM (PTA)	\$620.00	\$580.00	NA	NA
AC ANTIVARICELA ZOSTER IgG	\$780.00	\$730.00	NA	NA
AC OXALICO (CALIFICADO, ATEMPERADO)	\$390.00	\$370.00	NA	NA
AC VINDEL MANEJADO EN ORINA DE 24 HORAS	\$1.280.00	\$1.420.00	NA	NA
AC ANTIHAPTICO "A" IgM	\$480.00	\$430.00	NA	NA
AC ANTIHPTICO "A" IgM CUANTITATIVO	\$430.00	\$390.00	NA	NA
AL TOTAL IgE ANTI SARS COV 2 por volumen a por muestra	\$450.00	\$440.00	NA	NA
ACIDO POLICO	\$240.00	\$220.00	NA	NA
ACTH (HORMONA ADRENAL CORTICOTRÓFICA)	\$430.00	\$400.00	NA	NA
AG "C" HEPATITIS B (Hb Ag)	\$435.00	\$380.00	NA	NA
AG CHLAMYDIA TRACHOMATIS E'600	\$550.00	\$520.00	NA	NA
AG DE SUPERFICIE HEPATITIS B	\$360.00	\$320.00	NA	NA
AG ESPECÍFICO PROSTATITA Y FRACCIÓN LIBRE	\$485.00	\$430.00	NA	NA
AG CARCINOEMBRIÓNICO (ACE)	\$300.00	\$280.00	NA	NA
AG PROSTATICO ESPECÍFICO FRACCIÓN LIBRE	\$385.00	\$330.00	NA	NA
AG PROSTATICO ESPECÍFICO (APE, PSA)	\$180.00	\$180.00	NA	NA
ALCOHOL ETILICO EN URINA	\$490.00	\$380.00	NA	NA
ALDOLASA	\$780.00	\$730.00	NA	NA
ALDOLASINA	\$590.00	\$530.00	NA	NA
AL ERGENO ALIMENTICIO (HES DE LA LUST)	\$100.00	\$120.00	NA	NA
AL ERGENO RESPIRATORIO (HES DE LA LUST)	\$100.00	\$120.00	NA	NA
ALFA 2 MACRO G. ORINA	\$100.00	\$480.00	NA	NA
ALFA 2 MACRO G. SÉRICO	\$320.00	\$320.00	NA	NA
ET ALFAHIDROXIPROGESTERONA	\$420.00	\$380.00	NA	NA
ET ALFAHIDROXIPROGESTERONA MECANICAL	\$420.00	\$470.00	NA	NA
ET CETOQUINONES EN ORINA 24 HORAS	\$1.280.00	\$1.280.00	NA	NA



- Anexo del listado cuotas de recuperación, de conformidad con el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF" (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		EQUIVOS CON ORDENALES EN PAFRECO	
	DE LA COM. PAFRECO DE BAE	SUBSISTEMA "CRISTINA PAFRECO"	DE LA COM. PAFRECO DE BAE	SUBSISTEMA "CRISTINA PAFRECO"
AMBASIA	\$170.00	\$170.00	N/A	N/A
AMONIO	\$250.00	\$250.00	N/A	N/A
ANÁLISIS MECÁNICA (ANÁLISIS)	\$400.00	\$400.00	N/A	N/A
ANTICLAMPAS INSTALACIÓN	\$300.00	\$300.00	N/A	N/A
APOLIPROTEINA 1	\$300.00	\$170.00	N/A	N/A
APOLIPROTEINA 2	\$300.00	\$170.00	N/A	N/A
AZÚCARES REDUCTORES	\$170.00	\$170.00	N/A	N/A
BAAR EN EXPECTORACIÓN	\$250.00	\$200.00	N/A	N/A
BACILOSCOPÍA EN ORINA	\$750.00	\$300.00	N/A	N/A
BICARBONATO EN SUIERO	\$750.00	\$300.00	N/A	N/A
C-3 COMPLETO	\$200.00	\$200.00	N/A	N/A
C-4 COMPLETO	\$200.00	\$200.00	N/A	N/A
CA 21-29 (PULMON)	\$600.00	\$300.00	N/A	N/A
CA 125 (OVARIO)	\$200.00	\$100.00	N/A	N/A
CA 15-3 (MAMA)	\$700.00	\$300.00	N/A	N/A
CA 19-9 (COLÓN Y PANCREAS)	\$200.00	\$100.00	N/A	N/A
CA 72-4 (ESTOMAGO)	\$400.00	\$400.00	N/A	N/A
CALCITONINA (TRICALCITONINA)	\$1,300.00	\$1,300.00	N/A	N/A
CANABOQUE	\$200.00	\$700.00	N/A	N/A
CAPTACIÓN DE HIERRO	\$250.00	\$200.00	N/A	N/A
CARDIOLIPINA (TEGRETOL)	\$700.00	\$700.00	N/A	N/A
CARBOCLAMAS EN ORINA	\$1,600.00	\$1,600.00	N/A	N/A
CELULAS L.E.	\$250.00	\$200.00	N/A	N/A
CISTATINA	\$700.00	\$400.00	N/A	N/A
CK	\$200.00	\$200.00	N/A	N/A
CK TOTAL Y FRACCIÓN MB	\$300.00	\$300.00	N/A	N/A
CLORO	\$170.00	\$170.00	N/A	N/A
CLORO EN ORINA 24 HORAS	\$200.00	\$240.00	N/A	N/A
CORGANA	\$200.00	\$700.00	N/A	N/A



- Anexo del listado cuotas de recuperación, de conformidad con el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF" (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		PRECIO DE CONFERENCIAL DEL SISTEMA DE CUOTAS	
	GOBIERNO DE TLAXCALA	SUBSISTEMA DE CUOTAS	GOBIERNO DE TLAXCALA	SUBSISTEMA DE CUOTAS
COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 30 %	\$405.00	\$425.00	N/A	N/A
COOMBS DIRECTO	\$350.00	\$350.00	N/A	N/A
COOMBS INDIRECTO	\$350.00	\$350.00	N/A	N/A
CORTIDO, EN ORINA DE 24 HORAS	\$750.00	\$770.00	N/A	N/A
CORTIDO, SÉRICO	\$350.00	\$370.00	N/A	N/A
CUADRO DE MARCADOR (APP, NIEMO ESTRO, GEN)	\$1,800.00	\$1,800.00	N/A	N/A
CULTIVO DE MYCOPLASMA EN ORINA	\$1,800.00	\$1,800.00	N/A	N/A
CULTIVO DE MYCOPLASMA	\$650.00	\$680.00	N/A	N/A
DETECCIÓN DE VIRUS DE RESPIRATA A A VÍRUS	\$900.00	\$950.00	N/A	N/A
DETECCIÓN DE SARS COV 2 RNA (PCR PCR	\$2,200.00	\$2,200.00	N/A	N/A
30 HORO (PUNDO) TERCIARIA (EICA)	\$400.00	\$370.00	N/A	N/A
GENERO SPANDOSTERINA (CHERSON)	\$420.00	\$380.00	N/A	N/A
DETERMINACION DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS	\$380.00	\$380.00	N/A	N/A
DESOXIRIBONUCLEINA EN ORINA	\$3,800.00	\$3,300.00	N/A	N/A
DIXONIA (DIXON)	\$790.00	\$790.00	N/A	N/A
DIMERO D'	\$380.00	\$380.00	N/A	N/A
ELECTROLITOS SÉRICOS (Na, K, Cl)	\$390.00	\$225.00	N/A	N/A
ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS	\$500.00	\$500.00	N/A	N/A
ELECTROFORESIS DE PROTEINAS	\$380.00	\$370.00	N/A	N/A
ELECTROLITO EN ORINA DE 24 HRS	\$270.00	\$280.00	N/A	N/A
ELECTROLITOS SÉRICOS CON BICARBONATO I ENZIMAS CARIASIAS (DL, CRYO) (AL, BR, CH, TGO)	\$270.00	\$260.00	N/A	N/A
ENZIMAS CARIASIAS (DL, CRYO) (AL, BR, CH, TGO)	\$230.00	\$230.00	N/A	N/A
ESPIRIMATORIOSCOPIA	\$420.00	\$410.00	N/A	N/A
ESTRACOS	\$280.00	\$280.00	N/A	N/A
ESTRÓGENOS TOTALES (E2)	\$380.00	\$370.00	N/A	N/A



- Anexo del listado cuotas de recuperación, de conformidad con el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF" (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDITO SOCIAL DE PLAFIEM (COPARACION)	
	DE TLAXCALA DE 2021	COMISIÓN CRISTINA PACHECO	DE TLAXCALA DE 2021	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
ESTUDIO CLINICO DE CALCULO	\$900.00	\$550.00	NA	NA
URINARIO				
EXAMEN BACTERIOLOGICO DE AGUA	\$460.00	\$302.00	NA	NA
FERTONA (GLANTRO)	\$400.00	\$332.00	NA	NA
FENCARBITAL	\$400.00	\$430.00	NA	NA
FERTINA	\$380.00	\$392.00	NA	NA
FBR NOGENO	\$190.00	\$270.00	NA	NA
HOSFACASA ACIDA PROSTATICA (FROSTATICA)	\$290.00	\$270.00	NA	NA
HOSFACASA ACIDA TOTAL	\$290.00	\$270.00	NA	NA
POSFOLIBOS	\$280.00	\$290.00	NA	NA
POSFORO (P)	\$140.00	\$130.00	NA	NA
FRACCION BETA (MARCADOR TUMORAL)	\$400.00	\$400.00	NA	NA
FRACCION BETA NEG CUANTITATIVA	\$270.00	\$230.00	NA	NA
GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA	\$190.00	\$180.00	NA	NA
GASES VENOSOS	\$790.00	\$790.00	NA	NA
IONOCITROFINAS HPOCIGARAS S.H.Y.FBN	\$470.00	\$490.00	NA	NA
HAPToglobina	\$380.00	\$380.00	NA	NA
HEMOGLOBINA FILDAY PROESA DEL ALBATO	\$1,050.00	\$1,000.00	NA	NA
HIERRO SERICO	\$140.00	\$120.00	NA	NA
HOMOISTENA CUANTITATIVA	\$1,300.00	\$1,270.00	NA	NA
HORMONA ACTIVOORITROFONIA	\$380.00	\$270.00	NA	NA
HORMONA DE CRECIMIENTO (HGH)	\$300.00	\$320.00	NA	NA
HORMONA TESTOSTERONA DE PROBOS (TH)	\$250.00	\$280.00	NA	NA
HORMONA POLICULO ESTIMULANTE (HPLE, FSH)	\$250.00	\$230.00	NA	NA
HORMONA LUTERIZANTE (HL)	\$290.00	\$230.00	NA	NA
HORMONA PARATIROIDEA (PARATHORMONA)	\$300.00	\$380.00	NA	NA
INDICE DE TIOXORINA LIBRE (ITL, IT)	\$200.00	\$190.00	NA	NA



- Anexo del listado cuotas de recuperación, de conformidad con el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF" (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		CUMPLIDO CON REQUISITOS DEL SUPLENTE CONTRATADO	
	GOBIERNO DE TLAXCALA	SISTEMA FORESTAL PACIFICO	GOBIERNO DE TLAXCALA	SISTEMA FORESTAL PACIFICO
AMINOGLUCURONA A 1g	\$175.00	\$270.00	NA	NA
AMINOGLUCURONA D 50	\$1,275.00	\$1,240.00	NA	NA
AMINOGLUCURONA E 1g	\$270.00	\$250.00	NA	NA
AMINOGLUCURONA G 1g	\$270.00	\$270.00	NA	NA
AMINOGLUCURONA M 50	\$270.00	\$250.00	NA	NA
INSULINA	\$235.00	\$270.00	NA	NA
LINASA	\$230.00	\$270.00	NA	NA
LITO	\$340.00	\$320.00	NA	NA
MAGNESIO 500	\$230.00	\$270.00	NA	NA
MYCOPHENOLIM TUBERCULOSIS DOS PULSOS EN ORINA	\$1,850.00	\$1,580.00	NA	NA
MYCOPHENOLIM EN ORINA 24 HORAS	\$230.00	\$230.00	NA	NA
IN-TELAPREPIDO EN ORINA	\$1,725.00	\$1,830.00	NA	NA
OSTEONOCINA	\$470.00	\$450.00	NA	NA
PEPTIDO 12"	\$380.00	\$400.00	NA	NA
PERIL DE DIAMETRO (MIL, G/CC, INSUL, DEP 10", 9/10)	\$300.00	\$290.00	NA	NA
PLASMA RIFAI DIFGADO	\$480.00	\$480.00	NA	NA
PLASMA EN PERFORADO	\$470.00	\$450.00	NA	NA
PLASMA EN SANGRE PENOVAS BIBULITAS	\$500.00	\$470.00	NA	NA
TOTABO 10	\$140.00	\$120.00	NA	NA
PROGESTERONA	\$240.00	\$230.00	NA	NA
PROLACTINA	\$280.00	\$230.00	NA	NA
PROTEINA C REACTIVA A TRANSFERIBLE	\$400.00	\$430.00	NA	NA
RENA	\$1,200.00	\$1,100.00	NA	NA
ROSA DE BENGALA (BRIJELLA)	\$280.00	\$270.00	NA	NA
ROTAVIRUS EN HEZES (INVESTIGACION)	\$600.00	\$600.00	NA	NA
SORO (M)	\$140.00	\$120.00	NA	NA
SOMATOMEDINA	\$480.00	\$480.00	NA	NA
TESTOS (URINA) LITRO	\$280.00	\$270.00	NA	NA
TESTOSTERONA TOTAL	\$250.00	\$230.00	NA	NA



- Anexo del listado cuotas de recuperación, de conformidad con el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF" (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CRÉDENCIAL DEL BENEFICIARIO	
	GOBIERNO ESTADUAL DE TLAXCALA	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	GOBIERNO ESTADUAL DE TLAXCALA	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
TESTOSTERONA LIBRE Y TOTAL	\$540.00	\$150.00	N/A	N/A
TIEMPO DE TROMBINA T.T.	\$260.00	\$240.00	N/A	N/A
TIPOXORINA	\$290.00	\$290.00	N/A	N/A
TIPOXINA (TA TOTAL)	\$290.00	\$230.00	N/A	N/A
TIPOXINA LIBRE (TA LIBRE)	\$290.00	\$230.00	N/A	N/A
TESTE MARCHADOR (AFP, ESTROG. DHS)	\$1,500.00	\$1,400.00	N/A	N/A
VTAMINA B12	\$490.00	\$460.00	N/A	N/A
VTAMINA D (25-HIDROX)	\$390.00	\$370.00	N/A	N/A
ODIO PROTECO	\$250.00	\$230.00	N/A	N/A
BIOPSIA POR ASPIRACION DE SANGRE	\$450.00	\$460.00	N/A	N/A
BIOPSIA ESOPAGO	\$450.00	\$450.00	N/A	N/A
BIOPSIA UNION GASTRICA	\$450.00	\$460.00	N/A	N/A
BIOPSIA CUERPO GASTRICO	\$450.00	\$460.00	N/A	N/A
BIOPSIA FONDO GASTRICO	\$450.00	\$460.00	N/A	N/A
BIOPSIA DE ANTRIO GASTRICO	\$450.00	\$460.00	N/A	N/A
BIOPSIA DE PIEL	\$700.00	\$700.00	N/A	N/A
BIOPSIA POR ASPIRACION DE MAMA 1 LAMINILLA	\$300.00	\$300.00	N/A	N/A
BIOPSIA POR ASPIRACION DE MAMA 2 LAMINILLAS	\$450.00	\$450.00	N/A	N/A
BIOPSIA DE CERVIX	\$270.00	\$240.00	N/A	N/A
BIOPSIA CONO O ASA CERVICAL	\$390.00	\$340.00	N/A	N/A
BIOPSIA VULVA	\$270.00	\$240.00	N/A	N/A
BIOPSIA VAGINA	\$270.00	\$240.00	N/A	N/A
CITOLOGIA DE EXPECTORACION	\$210.00	\$210.00	N/A	N/A
CITOLOGIA DE MEATO URETRAL	\$210.00	\$210.00	N/A	N/A
CITOLOGIA URINARIA	\$210.00	\$210.00	N/A	N/A
CITOLOGIA URINARIA 3 MUESTRAS	\$780.00	\$750.00	N/A	N/A
CITOLOGIA SECRECION MAMA 1 MUESTRA	\$170.00	\$160.00	N/A	N/A
CITOLOGIA SECRECION MAMA 2 MUESTRAS	\$240.00	\$210.00	N/A	N/A
CITOLOGIA LECIDO DE ABCTIS	\$210.00	\$210.00	N/A	N/A



- Anexo del listado cuotas de recuperación, de conformidad con el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF" (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	CANTIDAD		APLICADO CON CREDITOS DE INAFIANCERABLES	
	DEL AYUNTAMIENTO DE BAZ	DEL SISTEMA "CRISTINA FACCHIO"	DEL AYUNTAMIENTO DE BAZ	DEL SISTEMA "CRISTINA FACCHIO"
CITOFONIA GENERAL DE LUGARO SANCOS	\$315.00	\$315.00	NA	NA
ENDOMETRIO	\$880.00	\$880.00	NA	NA
HISTOPATOLOGICO DE AMIGDALAS	\$900.00	\$900.00	NA	NA
HISTOPATOLOGICO APENDICE	\$900.00	\$900.00	NA	NA
HISTOPATOLOGICO DE VESICULA	\$900.00	\$900.00	NA	NA
LEGRADO UTERINO	\$980.00	\$980.00	NA	NA
LIFOMIAS	\$980.00	\$980.00	NA	NA
NECOS DE PIEL DENTAL	\$980.00	\$980.00	NA	NA
UTERO	\$1,200.00	\$1,200.00	NA	NA
UTERO CON ANEXOS	\$1,400.00	\$1,400.00	NA	NA
PARANOCALU SANTA MONICA	\$180.00	NA	NA	NA
PARANOCALU CENTROS	NA	\$40.00	NA	NA
PARANOCALU ZONA ORIENTE	NA	NA	NA	NA
PARANOCALU CENTRO	\$80.00	NA	NA	NA
PARANOCALU ZONA OCCIDENTE	NA	NA	NA	NA
PARANOCALU EN BASE LIQUIDA	\$400.00	\$470.00	NA	NA
TIPIFICACION V.F.P. Y TRAF EN BASE LIQUIDA	\$1,000.00	\$1,000.00	NA	NA
QUIMICA SANGUINEA Y ELEMENTOS (G. S. P. TOTALES)	\$190.00	\$190.00	NA	NA
QUIMICA SANGUINEA 8 ELEMENTOS (G. S. P. TOTALES, ALBUMINA, HEMOGLOBINA Y HEMOGLOBINOPATIAS)	\$190.00	\$190.00	NA	NA
QUIMICA SANGUINEA 9 ELEMENTOS (G. S. P. TOTALES, ALBUMINA, HEMOGLOBINA, HEMOGLOBINOPATIAS Y HEMOGLOBINOPATIAS)	\$230.00	\$230.00	NA	NA
QUIMICA SANGUINEA 11 ELEMENTOS (G. S. P. TOTALES, ALBUMINA, HEMOGLOBINA, HEMOGLOBINOPATIAS Y HEMOGLOBINOPATIAS)	\$230.00	\$230.00	NA	NA
PERFIL BIOQUIMICO 18 ELEMENTOS (ALCALINA, CREATININICA, COLESTEROL, TRIGLICERIDOS, ALBUMINA, HEMOGLOBINA, HEMOGLOBINOPATIAS Y HEMOGLOBINOPATIAS)	\$280.00	\$280.00	NA	NA
PERFIL BIOQUIMICO 19 ELEMENTOS (ALCALINA, CREATININICA, COLESTEROL, TRIGLICERIDOS, ALBUMINA, HEMOGLOBINA, HEMOGLOBINOPATIAS Y HEMOGLOBINOPATIAS)	\$320.00	\$320.00	NA	NA



- Anexo del listado cuotas de recuperación, de conformidad con el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF" (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		PRECIO CON DERECHO DEL INAFAM DISCAPACIDAD	
	DEL AYUNTAMIENTO DE TLAXIAPA	DEL SISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DEL AYUNTAMIENTO DE TLAXIAPA	DEL SISTEMA "CRISTINA PACHECO"
PERFIL BIOQUÍMICO 18 ELEMENTOS (GLUCURIA, CREAT, ACURICO, COLESTEROL, TRIGLICÉRIDO, P. TOTALES, ALBUMINA, GLOBULINA, LDH.F, ALCALINA, TGO, BIL.T, RD, B, TOP.)	\$290.00	\$210.00	NA	NA
PERFIL BIOQUÍMICO 18 ELEMENTOS (GLUCURIA, CREAT, ACURICO, COLESTEROL, TRIGLICÉRIDO, P. TOTALES, ALBUMINA, GLOBULINA, REL. AGL, LDH.F, ALCALINA, TGO, BIL.T, RD, B, TOP.)	\$390.00	\$340.00	NA	NA
PERFIL BIOQUÍMICO 18 ELEMENTOS (GLUCURIA, CREAT, ACURICO, COLESTEROL, TRIGLICÉRIDO, P. TOTALES, ALBUMINA, GLOBULINA, REL. AGL, LDH.F, ALCALINA, TGO, BIL.T, RD, B, TOP, BUN.)	\$390.00	\$370.00	NA	NA
PERFIL BIOQUÍMICO 20 ELEMENTOS (GLUCURIA, CREAT, ACURICO, COLESTEROL, TRIGLICÉRIDO, P. TOTALES, ALBUMINA, GLOBULINA, REL. AGL, LDH.F, ALCALINA, TGO, BIL.T, RD, B, TOP, BUN, BUNCREAT, BUN.)	\$420.00	\$370.00	NA	NA
PERFIL BIOQUÍMICO 24 ELEMENTOS (GLUCURIA, CREAT, ACURICO, COLESTEROL, TRIGLICÉRIDO, P. TOTALES, ALBUMINA, GLOBULINA, REL. AGL, LDH.F, ALCALINA, TGO, BIL.T, RD, B, TOP, BUN, BUNCREAT, BUN, HDL, COLE, LDL, COLE, INFLAMATORIO)	\$420.00	\$380.00	NA	NA
PERFIL BIOQUÍMICO 27 ELEMENTOS (GLUCURIA, CREAT, ACURICO, COLESTEROL, TRIGLICÉRIDO, P. TOTALES, ALBUMINA, GLOBULINA, REL. AGL, LDH.F, ALCALINA, TGO, BIL.T, RD, B, TOP, BUN, BUNCREAT, BUN, HDL, COLE, LDL, COLE, INFLAMATORIO, BORO, POTASIO, SODIO)	\$440.00	\$420.00	NA	NA





- Anexo del listado cuotas de recuperación, de conformidad con el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF" (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COTIZADO		DE ACUERDO CON CREDENCIAL DE SUJETO ECONÓMICO	
	GOBIERNO ESTADAL DE TLAXCALA	SUBSISTEMA CRISTINA PAGHECO	SUBSISTEMA CRISTINA PAGHECO	SUBSISTEMA CRISTINA PAGHECO
QUÍMICOS ELEMENTOS (GLUC, UREA BUN, CREAT. REL. CREAT BUN, AC ÚRICO, COL. TRIGLÍCÍD., VLDL, COL. NO-D., HDL, APTROBÍNIC. P. TOTAL) H.A.S., GLOB. REL. ANI. RT, SD, RT, B, TGO, TGP, P. ALB. ÚTIL, UN. HEMATO. CAP. HEMO, % SATURACIÓN CALDO, FÓSFORO, MAGNESIO SÉRICO, POTASIO CLORO, SA, ÚG, UN, POR ULTRASENSIBLE	\$120.00	\$80.00	NA	NA
CHECK UP BÁSICO BH BH Q 27, EGO	\$400.00	\$400.00	NA	NA
CHECK UP I BH Q 35 ELEMENTOS, FEM	\$380.00	\$380.00	NA	NA
CHECK UP II BH Q 45 ELEMENTOS, EGO	\$380.00	\$380.00	NA	NA
PERFIL DE LA MUJER BÁSICO (GLUCOSA, COL. TRIGL. EGO, PAPANICOLAU)	\$120.00	\$120.00	NA	NA
PERFIL DE LA MUJER I (GLUC, CULT. BACTERIAL, PAPANICOLAU)	\$420.00	\$380.00	NA	NA
PERFIL DE LA MUJER II (BH DE EGO, P. GINECOLÓGICO, Y PAPANICOLAU)	\$780.00	\$880.00	NA	NA
PERFIL MASCULINO BÁSICO (GLUC, COL. TRIG Y ANTIGENO PROSTATICO)	\$180.00	\$170.00	NA	NA
PERFIL MASCULINO I (BH Q 27 EGO ANTIGENO PROSTATICO)	\$380.00	\$320.00	NA	NA
PERFIL DE ALERGIAS 6 ALERGENOS (CUALQUIERA DE LA LISTA: ALIMENTOS Y RESPINATORIOS)	\$1,600.00	\$1,000.00	NA	NA
PERFIL DE ANDROGENOS (T, A, D-PROGESTERONA, ANDROSTENEDONA, CORTISOL, DHA, TESTOSTERONA)	\$1,200.00	\$1,200.00	NA	NA
PERFIL DE ANEMIAS (AC. FOLICO, FERRITINA, FUJACIÓN DE HIERRO, TRANSFERINA, VITAMINA B 12 ANT. BLOQUEADOR DE FACTOR INTRINSECO)	\$1,700.00	\$2,000.00	NA	NA



- Anexo del listado cuotas de recuperación, de conformidad con el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF" (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	ESTADO		GOBIERNO CON ORIGINAL DEL INY AMCHOSPACELER	
	DE TLAXCALA	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DE TLAXCALA	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
PERFIL DE ANTINUCLEARES AC ANTI NUCLEARES INFANTIL (MUSCULOS)	\$2,800.00	\$2,700.00	N/A	N/A
PERFIL DE COAGULACIÓN I TR, TPT, FIBRINOGENO	\$420.00	\$400.00	N/A	N/A
PERFIL DE COAGULACIÓN II TR, TPT, FIBRINOGENO, TIEMPO DE TROMBINA	\$300.00	\$280.00	N/A	N/A
PERFIL DE HEPATIS A,B,C,D Anticuerpos IgM anti-VHA Anticuerpos totales anti-VHA Antígeno de superficie de VHB Anticuerpos totales a Core B Antígeno E de Hepatitis B Anticuerpos anti-antígeno E Hepatitis B Anticuerpos anti-antígeno a superficie hepatitis B	\$4,500.00	\$4,300.00	N/A	N/A
PERFIL MARCADORES DE HEPATIS A,B,C AC HEPATIS A AC HEPATIS A ANTIGENO DE SUPERFICIE DE HEPATIS B AC VIRUS HEPATIS C	\$1,100.00	\$1,050.00	N/A	N/A
PERFIL DE HEPATIS I "A" AC HEPATIS TOTALES "A", AC HEPATIS "A" IgM	\$1,050.00	\$1,000.00	N/A	N/A
PERFIL DE HEPATIS E (HEP "E") ANTIGENO DE SUPERFICIE DE HEPATIS "E", AC IgG CORE DE HEPATIS "E", AC ANTICORPO "E" DE HEPATIS "E", ANTIGENO "E" HEPATIS "E"	\$1,300.00	\$1,250.00	N/A	N/A
PERFIL DE HEPATIS B	\$1,400.00	\$1,350.00	N/A	N/A
PERFIL DE HIERRO CON FERRITINA Y TRANSFERINA HIERRO SERICO, CAPTACION DE HIERRO TRANSFERINA Y FERRITINA	\$1,250.00	\$1,200.00	N/A	N/A
PERFIL DE HIERRO HIERRO SERICO CAPTACION DE HIERRO, % DE SATURACION	\$350.00	\$330.00	N/A	N/A

20

Nuevo Gobierno, *Nuevas Ideas*

317

Nuevo Gobierno, *Nuevas Ideas*

Facebook Twitter YouTube Instagram @GobTlaxca 56 3622 0000



- Anexo del listado cuotas de recuperación, de conformidad con el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF" (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDENCIAL DEL MAYOR CARACTÉR	
	DE TALAAMPANTLA DE BAE	SUBSISTEMA CRISTINA PACHECO	20% TALAAMPANTLA DE BAE	SUBSISTEMA CRISTINA PACHECO
PERFIL HIPERTIROIDISMO CORTISOL, LT ALFAHIDROXIPROGESTERONA LACTO ALBOSTERONA	\$1,800.00	\$1,750.00	NA	NA
PERFIL SUPRARRENAL ANDROSTENEDIONA, CORTISOL, LH, FSH, PMSH ACT, DEHIDROEPIANDROSTERONA SALIVA Y TESTOSTERONA LIBRE Y TOTAL	\$2,300.00	\$2,200.00	NA	NA
PERFIL DE HIRUTISMO ANDROSTENEDIONA, CORTISOL, DHE PASCALIN, TESTOSTERONA	\$1,800.00	\$1,800.00	NA	NA
PERFIL DE INMUNOGLOBULINAS (IgA, IgM, IgG, IgE)	\$1,300.00	\$1,300.00	NA	NA
PERFIL DE INMUNOGLOBULINAS (IgA, IgM, IgG)	\$800.00	\$800.00	NA	NA
PERFIL DE DETERMINANTES I CALCIO EN OROS (4 HORAS), CALCIO, DETERMINACIÓN DE UREA, FOSFATASA ALCALINA, OSTEOCALCINA EN SANGRE, DESCRIPCIÓN EN OROS	\$3,500.00	\$3,500.00	NA	NA
PERFIL HORMONAL FEMENINO II GINECOLÓGICO ESTRADIOL, HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE, HORMONA LUTEALIZANTE, PROGESTERONA, PROLACTINA, RESISTERINA TOTAL	\$400.00	\$400.00	NA	NA
PERFIL HIPOFISIARIO LH-FSH, PROLACTINA, HGH, TSH, ACTH	\$1,800.00	\$1,800.00	NA	NA
PERFIL HORMONAL FEMENINO I (ADOLESCENTE) ESTRADIOL, HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE, HORMONA LUTEALIZANTE	\$300.00	\$300.00	NA	NA



- Anexo del listado cuotas de recuperación, de conformidad con el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF" (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESEMBOLGO CREDENCIAL DEL VAFAMORCAPACIAO	
	GOBIERNO ESTADAL DE TLAXCALA	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	GOBIERNO ESTADAL DE TLAXCALA	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
PERFIL HORMONAL FEMENINO II (CON TRÓFICO) ESTRADIO, HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE, HORMONA LUTEIZANTE, PROGESTERONA, PROLACTINA, TESTOSTERONA TOTAL, CORTISOL P TROFICO	\$1,600.00	\$1,600.00	N/A	N/A
PERFIL HORMONAL MASCULINO I (ADOLESCENTE) HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE, HORMONA LUTEIZANTE, TESTOSTERONA TOTAL	\$480.00	\$480.00	N/A	N/A
PERFIL HORMONAL MASCULINO II HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE, HORMONA LUTEIZANTE, TESTOSTERONA TOTAL, DEHIDROEPIANDROSTERONA, ANDROSTENODIONA	\$1,700.00	\$1,700.00	N/A	N/A
PERFIL HORMONAL MASCULINO III ESTRADIO, HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE, HORMONA LUTEIZANTE, PROGESTERONA, PROLACTINA, TESTOSTERONA TOTAL P TROFICO	\$1,600.00	\$1,600.00	N/A	N/A
PERFIL NEONATAL (TAMÉ METABOLICO II) PERFIL DE AMNIOCIDOS, FENILALANINA, HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES	\$800.00	\$800.00	N/A	N/A
PERFIL NEONATAL (TAMÉ METABOLICO III) PERFIL DE AMNIOCIDOS, TIROMONINA, FENILALANINA, HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES	\$700.00	\$800.00	N/A	N/A
PERFIL NEONATAL (TAMÉ METABOLICO IV) FENILALANINA, TSH	\$800.00	\$750.00	N/A	N/A



- Anexo del listado cuotas de recuperación, de conformidad con el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF" (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	DE ACUERDO CON LOS SERVICIOS MAPAM y CARRANCIAS			
	DIF TALAHPANTLA DE BAJ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF TALAHPANTLA DE BAJ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
PERFIL SEOROTAL AMPLIADO * TANDEM * P ANEMIAZONES, T7 HORMON PROLIFERINA, HEMOGLOBINURATO ANOMATA, ONCOPROTES DEL METABOLISMO DE LOS CARBOHIDRATOS, PARACETIPINA, SHOTINATA, GLUCOSA y FOSFATO SODIOPROTESINA, DESORDENES DE LA ORIENTACION DE LOS ACIDOS GRASOS, DESORDENES DE LOS ACIDOS ORGANICOS, ETC. PERFIL PARATIROIDES CALCIO EN ORINA 24 HORAS, CALCIO, FOSFATASA ALCALINA, FOSFORO EN ORINA 24 HORAS, FOSFORO, PARATHORMONA INTACTA	\$1,200.00	\$1,200.00	NA	NA
PERFIL PROSTATICO I ADL PROSTATICO, FOSFATASA ACIDA TOTAL Y PROSTATICA, FOSFATASA ALCALINA	\$750.00	\$850.00	NA	NA
PERFIL PROSTATICO II ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA, LIBRE, FOSFATASA ACIDA PROSTATICA, FOSFATASA ACIDA TOTAL, FOSFATASA ALCALINA	\$880.00	\$940.00	NA	NA
PERFIL TESTICULAR FSH, LH, PROLACTINA, TESTOSTERONA	\$600.00	\$600.00	NA	NA
PERFIL TIROIDEO I TRICOTROPINA (T3) TIROXINA TOTAL, (T4) HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES	\$110.00	\$100.00	NA	NA
PERFIL TIROIDEO II MODIFICADO T3 TOTAL, T3 LIBRE, T4 TOTAL, T4 LIBRE, T3 Y T4 CAPTACION, TSH, INDICE DE TIROXINA (BIR)	\$880.00	\$880.00	NA	NA
PERFIL TIROIDEO III T3 TOTAL, T4 TOTAL, T4 LIBRE, T3 Y T4 CAPTACION, IODO PROTEICO, INDICE DE TIROXINA LIBRE, TSH	\$600.00	\$600.00	NA	NA



- Anexo del listado cuotas de recuperación, de conformidad con el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF" (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESEMBOLVO CON CREDENCIAL DE IDENTIFICACION	
	DIF TLAXIAPANTLA DE NAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF TLAXIAPANTLA DE NAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
PERFIL TIRODEO IV T 3 TOTAL, T 4 LIBRE, TSH	\$400.00	\$500.00	N/A	N/A
PERFIL TIRODEO V T 3 CAPTACION, T 3 TOTAL, T 4 TOTAL, ISO-PROTECTO, INDICE DE TIROXINA LIBRE, TSH, AC ANTITIROGLOBULINA Y PEROXIDASA	\$1,200.00	\$1,200.00	N/A	N/A
PERFIL TIRODEO VI TRICOTIROMINA T 3, TSH, T 4 TOTAL, INDICE DE TIROXINA LIBRE, ISO-PROTECTO	\$600.00	\$600.00	N/A	N/A
PERFIL TIRODEO VII T 3 TOTAL, T 4 TOTAL, TSH, T3 LIBRE, T 4 LIBRE	\$600.00	\$600.00	N/A	N/A
PERFIL TIRODEO VIII TRICOTIROMINA T 3, T 4 TOTAL, T 3 Y T 4 CAPTACION, TSH, ANTITIROGLOBULINA ANTI PEROXIDASA Y TRICOTIROMINA	\$1,200.00	\$1,200.00	N/A	N/A
PERFIL TORCH I AC. ANTICORPLASMA IgM AC. ANTIRUBICLA IgM AC. ANTICITOMEGALOVIRUS IgM AC. ANTIHERPES I IgM AC. ANTIHERPES II IgM	\$1,145.00	\$1,145.00	N/A	N/A
PERFIL TORCH II AC. ANTICORPLASMA IgG AC. ANTIRUBICLA IgG AC. ANTICITOMEGALOVIRUS IgG AC. ANTIHERPES I IgG AC. ANTIHERPES II IgG	\$1,145.00	\$1,145.00	N/A	N/A

322





- Anexo del listado cuotas de recuperación, de conformidad con el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF" (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DEPOSITO CON CANCELACION DEL SERVICIO	
	DE TLANEPAANTLA DE BAZ	SUBSIDIO "CONTRATA FACILITADA"	DE TLANEPAANTLA DE BAZ	SUBSIDIO "CONTRATA FACILITADA"
PERFIL TORCH III AC. ANTITOXOPLASMA 5M AC. ANTITUBERCULA 5M AC. ATICTORIBICAL SVIRUS 5M AC. ANTHERPES I 5M AC. ANTHERPES I 5M AC. ANTITOXOPLASMA 100 AC. ANTITOXOPLASMA 100 AC. ANTITOXOPLASMA 100 AC. ATICTORIBICAL SVIRUS 100 AC. ANTHERPES I 100 AC. ANTHERPES I 100	\$1,700.00	\$1,700.00	NA	NA
PAQUETE GUARDERIA GRUPO BAMBINO LICENCIADO MAESTRAS CULTIVO-REGLADO PARRAFO	\$285.00	\$285.00	NA	NA



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
Q.B.P. Ma. de Lourdes Camacho Morales	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Laboratorio	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





f) JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES.

UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	TERAPIA PSICOLÓGICA ENFOCADA AL TRATAMIENTO DE ADICCIONES
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/DAA/001

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS



> OBJETIVO

Brindar terapia psicológica en adicciones para atender y prevenir el consumo, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas de las personas usuarias dentro del Programa PREADIC, propiciando la identificación de los factores y las causas de la adicción. En cuanto a la familia, el objetivo de la atención es brindar la orientación y adquisición de las herramientas necesarias para afrontar la adicción de un integrante en este contexto.

> ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud a través de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones, así como a las personas usuarias que son referidas al SMDIF, para orientación en materia de adicciones.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ◆ Ley General de Salud.
- ◆ Ley de Asistencia Social.
- ◆ Ley General Para el Control de Tabaco.
- ◆ Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
- ◆ Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de carácter Municipal, Denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia".
- ◆ Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- ◆ Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.
- ◆ Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009.
- ◆ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.

> RESPONSABILIDADES

DIFEM "Dirección de Prevención y Bienestar Familiar", deberá:

Supervisar que los expedientes psicológicos de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones, estén completos y con los formatos requeridos.

Titular de la Dirección de Salud del SMDIF Tlalnepantla, deberá

Supervisar que el personal de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones otorgue terapia psicológica enfocada al tratamiento de adicciones a la población de Tlalnepantla de Baz, que lo requiera.

Titular de la Jefatura del Departamento de Atención a las Adicciones, deberá:

Planear, organizar y ejecutar acciones para la atención y prevención de adicciones; y establecer los mecanismos para el control, supervisión y evaluación de la eficiencia y eficacia del servicio de psicología en adicciones que se brinda a las personas usuarias.





Coordinar y supervisar que los psicólogos(as) adscritos a la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones, otorguen terapia psicológica enfocada al tratamiento de adicciones a la población de Tlalnepantla de Baz; así como organizar actividades y horarios y verificar que los expedientes sean elaborados y resguardados correctamente.

Auxiliar administrativo de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones, deberá:

Apoyar en la planeación, organización y ejecución de acciones para la atención y prevención de adicciones; así como en la supervisión de expedientes psicológicos y en el resguardo de los mismos.

Agendar citas y canalizar a las personas usuarias que requieran de una atención más especializada de acuerdo a sus necesidades; y elaborar el reporte mensual de actividades de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones.

Psicólogas(os) de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones, deberán:

Brindar información a las personas usuarias sobre la atención psicológica; agendar citas para otorgar el servicio; abrir expediente cuando las personas usuarias tengan dos citas consecutivas; y realizar/resguardar el expediente psicológico de las personas usuarias que sean atendidos.

Brindar la terapia psicológica en adicciones, tanto a las personas usuarias consumidores como a sus familias; canalizar a las personas usuarias que requieran de una atención más especializada en materia de adicciones de acuerdo a sus necesidades; así como elaborar reportes mensuales del servicio de consultas psicológicas especializadas en adicciones para el Programa Operativo Anual (POA), establecido por DIFEM.

Cajero(a), deberá:

Realizar cobro, emite y entrega de recibo de pago a la persona usuaria.

Usuario(a) o familiar, deberán:

Pedir informes u orientación en a la oficina de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones; elegir el horario para comenzar con el tratamiento psicológico en adicciones; así como acudir a terapia psicológica en adicciones en la fecha y hora agendada.

> GLOSARIO

- **Adicción o dependencia:** Es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden un impulso irreprímible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.





- **Canalización:** Se entiende por canalización o referencia al proceso por el cual se envía a las personas usuarias para su atención de un nivel a otro, dentro del mismo nivel o de una institución a otra con mayores recursos para el diagnóstico y el tratamiento.
- **Cuadro clínico de intoxicación por drogas:** Manifestaciones clínicas y psicológicas alteradas por el consumo de sustancias psicoactivas acompañadas de ansiedad, agitación, confusión e inquietud, temblores musculares, pupilas dilatadas, aumento de frecuencia cardíaca y presión arterial.
- **Droga o sustancia psicoactiva:** Se refiere a cualquier sustancia que, al ser consumida, altera la bioquímica y procesos fisiológicos del sistema nervioso central.
- **Listas de Asistencia:** Documentos donde las personas que participan en el taller y en la plática se registran.
- **Prevención:** Es el conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, de manera oportuna, para evitar sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales.
- **Seguimiento:** Se debe entender como el contacto individual a intervalos designados, sistemáticos y estructurados posteriores a la intervención de la capacitación. Sirve para evaluar los cambios en materia de conocimiento o de percepción sobre el consumo de alguna sustancia en las personas usuarias.
- **Sustancias psicoactivas:** Es otra manera de decirle a las drogas legales e ilegales.

➤ ACRÓNIMOS

- **DIFEM:** Desarrollo Integral de la Familia Estado de México.
- **PREADIC:** Programa de Atención a las Adicciones (Programa de DIFEM, enfocado a la Prevención de Adicciones.)
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

➤ INSUMOS

- Volantes
- Folletos
- Papelería
- Material didáctico
- Listas de asistencia
- Acuerdos para firmar con instituciones
- Sello del Departamento Atención a las Adicciones
- Vehículo con gasolina.

➤ RESULTADOS

Con las terapias psicológicas especializadas en adicciones se pretende que la población beneficiada tenga herramientas para afrontar los problemas de una adicción, con la



finalidad de buscar que la persona usuaria tenga un bienestar físico, psicológico y social para un mejor funcionamiento dentro de la sociedad donde se desenvuelve.

➤ POLÍTICAS

- El servicio de consulta psicológica enfocada en el tratamiento de adicciones es brindado por la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones, con ubicación en: Av. Convento de Sta. Mónica s/n, Hab. Jardines de Santa Mónica, Tlalnepantla de Baz; y en Av. San José s/n Lote 18 y 19, San Juan Ixhuatepec, Tlalnepantla de Baz.
- Todas las consultas, serán brindadas a las personas usuarias, de 8:00 a 18:00 horas, de lunes a viernes.
- El servicio tiene una cuota de recuperación por sesión, de acuerdo al "Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados por el SMDIF", vigente.
- Toda persona usuaria, será atendida sólo con previa cita en el horario agendado.
- El cobro se realizará el día que se programa la cita, en caso de no acudir no existirá reembolso.
- Una vez asignado el horario solo se podrá modificar si la o el terapeuta cuenta con disponibilidad para realizar el cambio.
- Si la persona usuaria agenda cita de primera vez y no se presenta, se le dará automáticamente de baja del servicio solicitado. En caso de que vuelva a solicitar la atención se iniciará de nuevo el proceso, con cobro incluido, y si existe lista de espera tendrá que estar al pendiente de su turno.
- Las sesiones tienen una duración de 50 minutos. Si la persona usuaria llegue tarde, se le descontará sobre el tiempo total de la sesión, 30 minutos después de la hora de sesión se cancelará la consulta.
- Se abrirá expediente cuando la persona usuaria tenga 2 citas consecutivas.
- Las sesiones a las que la persona usuaria falte, sin justificación y sin aviso previo, no serán repuestas por parte de la o el terapeuta.
- Después de 2 faltas se dará de baja del servicio, una vez que sea dado de baja no se le atenderá sin una cita previa.
- Los casos que estén fuera de la atención de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones, serán canalizados a donde corresponda.
- Se les brindará a las personas usuarias el material didáctico para uso en sesiones; así como folletos y/o volantes con información que requieran.
- Los padres o tutores de las personas usuarias se deberán comprometer a las sugerencias del terapeuta aun cuando se realicen fuera del horario de terapia y cuando exista un costo adicional.
- La persona usuaria deberá presentarse en adecuadas condiciones de higiene; y no bajo el consumo de alguna sustancia nociva (alcohol o drogas); asimismo deberán de conducirse con respeto de ambas partes, si llegase a ocurrir algún tipo de agresión física y/o verbal en ese momento se cancela la sesión y se tomarán las medidas pertinentes.
- Ningún tipo de informe se podrá entregar por escrito, sin un oficio de la institución que lo solicite, sin trasgredir la confidencialidad dentro de la sesión.





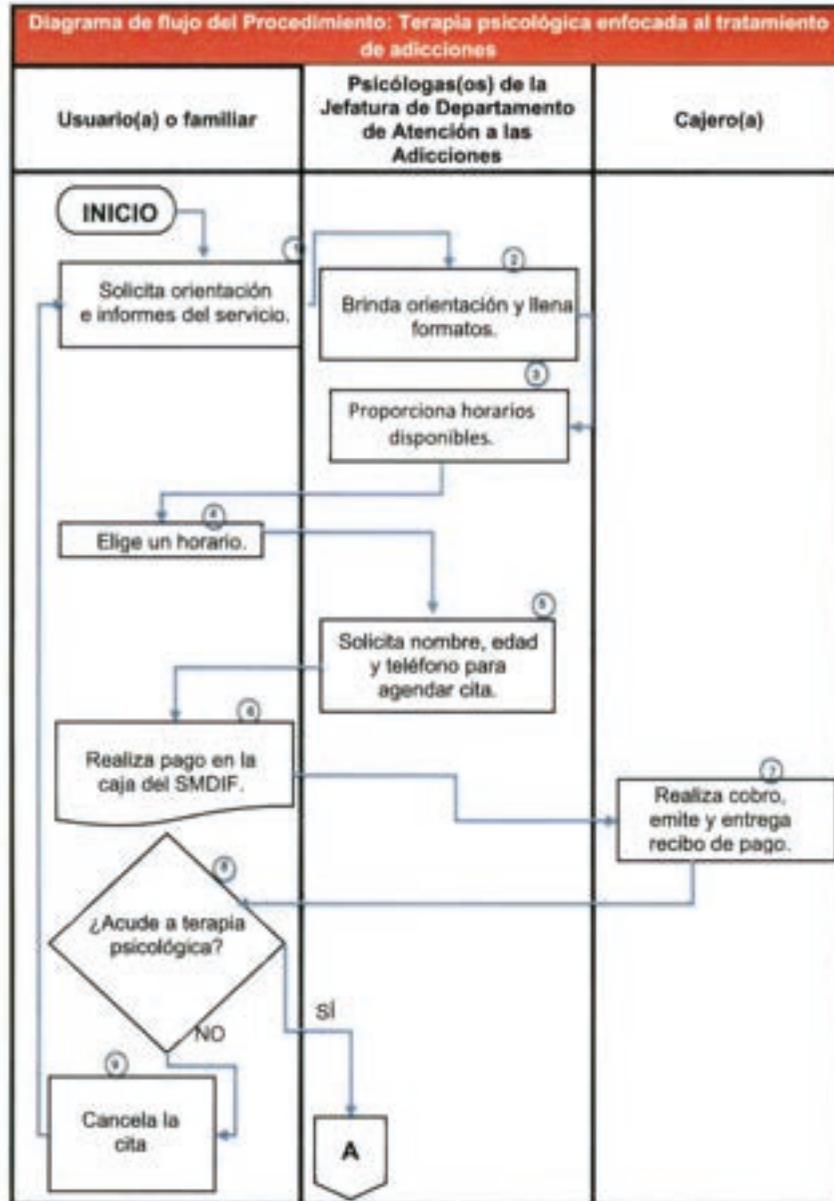
- Los informes se entregarán después de 6 sesiones seriadas.
- Las personas usuarias que asistan al servicio de consulta psicológica en adicciones deberán observar en todo momento los protocolos de sanidad establecidos para el SARS COVID-19.

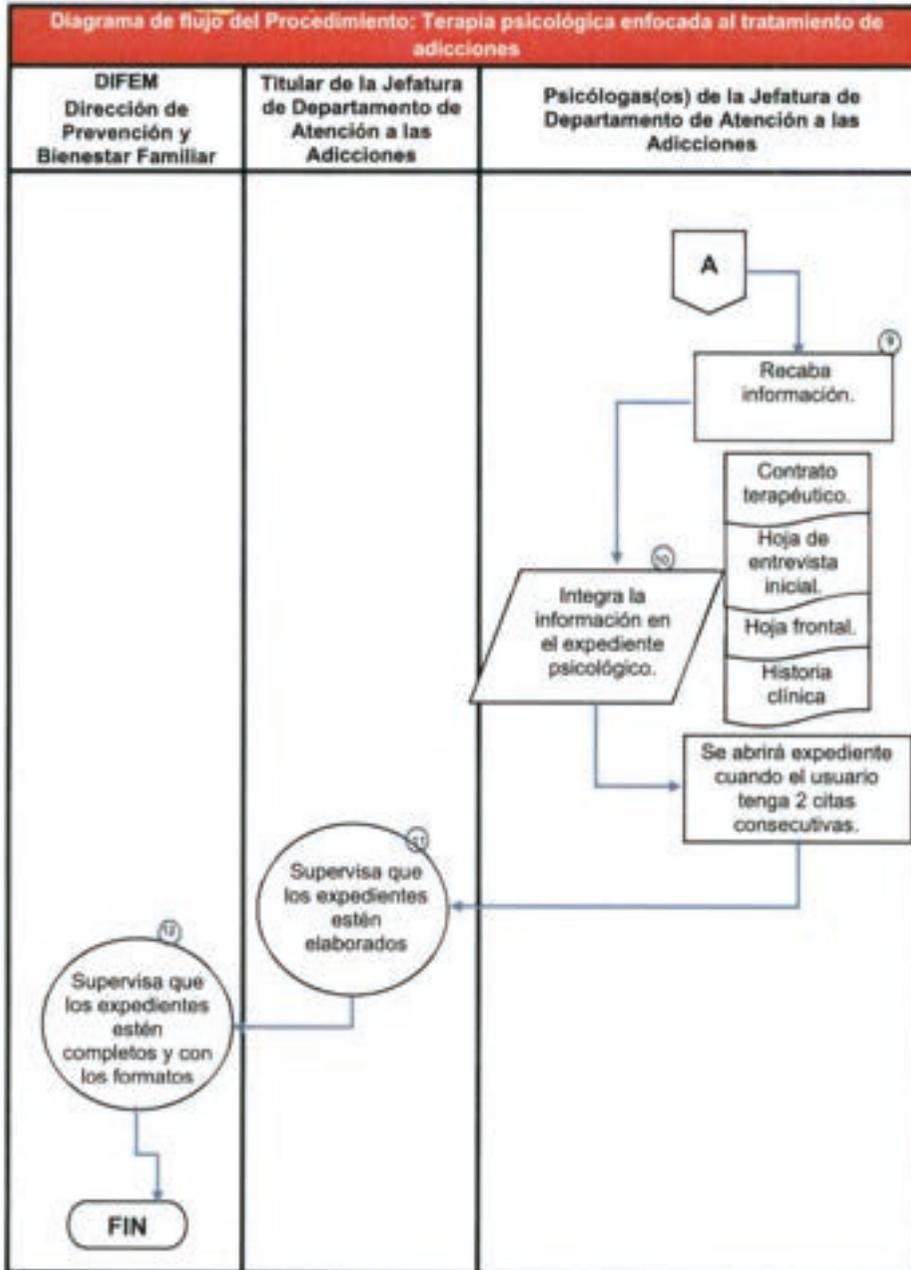
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario(a) o familiar	1	Se acerca a la oficina de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones en busca de orientación.
Psicólogas(os) de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones	2	Brindan información a la persona usuaria o familiar, sobre la terapia psicológica en adicciones.
Psicólogas(os) de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones	3	Mencionan los horarios disponibles a la persona usuaria o familiar, para que comience a asistir a terapia psicológica en adicciones.
Usuario (a) o familiar	4	Elige horario para comenzar con el tratamiento psicológico en adicciones.
Psicólogas(os) de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones	5	Solicitan CURP, nombre, edad y teléfono para agendar cita en hora y fecha elegida por la persona usuaria.
Usuario(a) o familiar	6	Acude a caja para realizar el pago de su cita.
Cajero(a)	7	Realiza cobro, emite y entrega de recibo de pago a la persona usuaria.
Usuario(a) o familiar	8	Acude a terapia psicológica en adicciones en la fecha y hora agendada.
Usuario(a) o familiar	9	En caso de no acudir a terapia psicológica en adicciones, se cancela la cita y se debe iniciar el procedimiento desde la actividad 1.
Psicólogas(os) de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones	10	Otorgan terapia psicológica en adicciones a la persona usuaria y/o familiar y recaba información para llenado de expediente.
Psicólogas(os) de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones	11	Integran información proporcionada por la persona usuaria y/o familiar en el expediente psicológico.
Titular de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones	12	Supervisa que los expedientes psicológicos estén elaborados adecuadamente.
DIFEM Dirección de Prevención y Bienestar Familiar	13	Supervisa que los expedientes psicológicos de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones estén completos y con los formatos requeridos.
FIN		



> **DIAGRAMA DE FLUJO**





332



> **FORMATOS**

- **Formato para agendar cita**

		DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES		
Nombre del psicólogo/a:				
Centro:				
Usuario:				
CITA				
Fecha	Hora	Servicio	Firma	



• **Contrato terapéutico**



"2022, Año del Quincuésimo de la Fundación de Toluca de Lerdo, Capital del Estado de México"

A las personas solicitantes del servicio de Terapia Psicológica en Adicciones dentro del Sistema Municipal DIF Tlalnepantla de Baz, a continuación se especificarán los lineamientos para el servicio solicitado.

1. El servicio tiene una cuota de recuperación de \$100.00 por sesión.
2. Todo usuario se **ATENDERÁ SOLO CON PREVIA** cita en el horario agendado.
3. Una vez asignado el horario solo se podrá modificar si el (la) terapeuta cuenta con disponibilidad para realizar el cambio.
4. Si el paciente agenda cita de primera vez y no se presenta, se le dará automáticamente de baja del servicio solicitado. En caso de que vuelva a solicitar la atención se iniciará de nuevo el proceso y si existe lista de espera tendrá que estar al pendiente de su turno.
5. Las sesiones tienen una **DURACIÓN DE 50 MINUTOS**. El tiempo que el paciente llegue tarde se le descontará sobre el tiempo total de la sesión, 30 minutos después de la hora de sesión se cancelará la consulta.
6. Las sesiones a las que el paciente falte sin justificación y sin aviso previo, no serán repuestas por parte del terapeuta.
7. Después de 2 faltas se dará de **BAJA DEL SERVICIO**, una vez que sea dado de baja no se le atenderá sin una cita previa.
8. Los casos que estén fuera de la atención del Departamento serán canalizados a donde corresponda.
9. Los padres o tutores de los pacientes se deberán comprometer a las sugerencias del terapeuta aun cuando se realicen fuera del horario de terapia y cuando exista un costo adicional.
10. Los pacientes deberán presentarse en adecuadas condiciones de higiene y sin consumo, así mismo deberán de conducirse con respeto de ambas partes, si llegase a ocurrir algún tipo de agresión física y/o verbal en ese momento se cancela la sesión y se tomarán las medidas pertinentes.
11. Ningún tipo de informe se podrá entregar por escrito sin un oficio de la institución que lo solicite, sin trasgredir la confidencialidad dentro de la sesión.
12. Los informes se entregarán después de 5 sesiones seriadas.

Nombre y firma del Usuario.

Nombre y firma de la Psicóloga (a).





EL AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TALAAMPANTLA DE BAZ
2023-2024



• Hoja de evolución



EL AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TALAAMPANTLA DE BAZ
2023-2024

DIRECCIÓN DE SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES



"2022, AÑO DEL QUINCECENARIO DE LA FUNDACIÓN DE POLIACA DE JIQUIL, CAPITAL DEL ESTADO DE MÉXICO"

HOJA DE EVOLUCIÓN

Fecha de sesión: _____ Número de sesión: _____
Horario de sesión: _____

Temas trabajados en sesión:

Avances percibidos en el paciente:

Hipótesis de sesión:

Sugerencias para trabajar en futuras sesiones:

Observaciones:

No. de expediente: _____
Responsable de brindar la atención: _____

Sistema Municipal DIF Tlalampantla de Baz
Av. Convento de Santa Mónica s/n, esq.
Convento de San Fernando
C.P. 54050 Estado de México
Tel. 5553642115

335

334



• Hoja de referencia



2022. Año del Quincuagesimo de la Fundación de Toluca de Linares, Capital del Estado de México

Foto: _____

Fecha: _____

DATOS GENERALES

Nombre del usuario: _____

Edad: _____

Institución a la que se analiza: _____

Nombre y cargo a quien se dirige la hoja de referencia: _____

RESUMEN DEL CASO

Motivo de la referencia: _____

Impresión diagnóstica: _____

Prueba hecha o exámenes realizados y resultados de los mismos:

Sugerencias: _____

Atención otorgada: _____

NOTA: Favor de enviar contra referencia.

PERSONA QUE BRINDA EL
SERVICIO

USUARIO O RESPONSABLE DE LA ACEPTACIÓN
DE REFERENCIA

Nombre y firma

Nombre y firma

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LAS
ADICCIONES

Nombre y firma

Sistema Municipal DIF Tlalnepantla de Baz.
Convento de Santa Mónica s/n, esq.
Convento de San Fernando
C.P. 54090 Estado de México
Tel. 555 9822115





• Historia Clínica (Página 1)



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: _____ No. DE EXPEDIENTE: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ EDO. CIVIL: _____ RELIGIÓN: _____
 LUGAR DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____
 DOMICILIO: _____
 CALLE No. COLONIA MUNICIPIO
 TEL PERSONAL: _____ TEL FAMILIAR: _____

I. PROBLEMÁTICA ACTUAL:

II. HISTORIA DE LA PROBLEMÁTICA

III. DATOS DE DESARROLLO PSOLUTIVO

<p>A. DESARROLLO DE LA PRIMER INFANCIA (0 A 12 AÑOS): EMOCIONAL, SEXUAL, NUTRICIONAL, LENGUAJE, ALIMENTACIÓN, TRANSFORMOS DE LOS HABITOS, EFICIENTES, TEMORES, ENFERMEDADES PADICIDAD, ACCIDENTES, REALIDADES SOCIALES Y PROBLEMAS MAS FRECUENTES.</p>	
<p>B) ADOLESCENCIA (DESARROLLO FÍSICO, EMOCIONAL, SOCIAL, INTERESES, METAS, EXPERIENCIAS E INFORMACIÓN SEXUAL, CONDUCTA ADAPTIVA PROBLEMAS MAS FRECUENTES, SUEÑOS Y FANTASIA).</p>	
<p>C) JUVENTUD Y MADUREZ (TEMORES, ENFERMEDADES FÍSICAS, TRANSFORMOS, PSICOLÓGICOS, ASPECTOS SEXUALES Y DE PAREJA)</p>	
<p>D) HISTORIA ESCOLAR (EDAD DE INICIO, RELACIONES, PROBLEMAS MAS FRECUENTES, APEXIMENTO ACADÉMICO, RELACIONES</p>	





▪ **Historia Clínica (Página 2)**



SOCIALES, CAMBIOS DE ESCUELA, MOTIVOS, INTERES, SUSPENSIONES, Y CONDUCTA.	
B) HISTORIA OCUPACIONAL (EMPLER, RENUNCIA, MOTIVOS, INTERESES SUSPENSIONES, Y CONDUCTA)	
F) DINÁMICA FAMILIAR: (DESCRIPCIONES DEL AMBIENTE FAMILIAR, LÍMITES, ROLES, JERARQUÍA, HISTORIA DE LA PAREJA, TIPOS DE PROBLEMAS). ESTILOS DE CRIANZA / TIPO DE APEGO.	
B) ENLISTE 5 MIEDOS PRINCIPALES.	
H) MARQUE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES FENÓMENOS QUE SE APLIQUEN A LISTES:	<ul style="list-style-type: none"> • DOLOR DE CABEZA • PESADILLAS (PELAS CON SU PAREJA Y HERMANA) • INCAPACIDAD PARA RELAJARSE • NO PUEDE HACER AMIGOS • NO PERMANECE EN SU TRABAJO • PROBLEMAS ESTOMACALES • CONFLICTOS • PROBLEMAS SEXUALES • PROBLEMAS DE MEMORIA • INSGRANNO • ANSIEDAD • TOMA DROGAS • MALAS CONDICIONES EN CASA • ALERGIAS • PALPITACIONES • SENTAMIENTOS DE TENSIÓN • DISGUSTO POR LOS DIAS DE SEMANA • SIENTE PÁNICO • PROBLEMAS FINANCIEROS • FATIGA • SOLEDAD • DEMASADO AMBICIOSO • DESHARREROS • ALCOHOLISMO • TOMA ASPIRINAS O ANALGÉSICOS • TUMORES • MAL HUMOR CONSTANTE • PROBLEMAS INTESTINALES • DEPRESIÓN • DISGUSTO POR LAS VACACIONES • INCAPAZ DE PASARLA BIEN • VÉRTIGOS • TOMA SEDANTES IDEAS SUICIDAS • SENTAMIENTOS DE INFERIORIDAD • FALTA DE APETITO • SUDORACIÓN EXCESIVA • TEMBLORES • NO PUEDE TOMAR DECISIONES • DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE

Secretaría Municipal DIF Tlaxcaltilla de Baz
Av. Calles de San Martín s/n, col. Comercio
San Fernando C.P. 38000 Estado de México
Tel: 01 55 52 12 22
www.diftlaxcaltilla.gob.mx



▪ **Historia Clínica (Página 3)**



CONSUMO DE SUSTANCIAS	
FRECUENCIA	
INICIO DEL CONSUMO	

ÁREAS DE VIDA	
ÁREA FAMILIAR	
ÁREA PERSONAL	
ÁREA SOCIAL	
ÁREA LABORAL	

RECURSOS DEL PACIENTE. (FAMILIARES, INTELECTUALES, ESPIRITUALES, INTRAPERSONALES, FISICOS)



• Hoja Frontal



HOJA FRONTAL

No. Expediente: _____

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Psicólogo (a) Tratante: _____

Fecha y motivo de alta: _____

Fecha y motivo de baja: _____

Diagnóstico (s): _____

CONTENIDO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO:

- Contrato terapéutico
- Formato de orientación
- Pruebas psicométricas
- Historia clínica
- Hojas de evolución
- Hoja de referencia
- Hoja de alta

340



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
Lic. Roberto Joao Hernández Hernández	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General



UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SERVICIO DE ORIENTACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/DAA/002

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS





> OBJETIVO

Brindar orientación a las personas con algún tipo de consumo riesgoso o adicción; así como a los familiares de las personas con este padecimiento, mediante las Jornadas Médico Asistenciales y el chat de prevención de adicciones que brinda el SMDIF de Tlalnepantla de Baz.

> ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud a través del Departamento de Atención a las Adicciones, asimismo a la población de Tlalnepantla de Baz; y a las personas que requieran el servicio de orientación en las Jornadas Médico Asistenciales y/o el chat de orientación para la prevención de las adicciones.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley de Asistencia Social.
- Ley General Para el Control de Tabaco.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
- Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de carácter Municipal, Denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.

> RESPONSABILIDADES

Titular de la Dirección Salud, deberá:

Supervisar que el personal de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones asista a las Jornadas Médicas asistenciales y brinde atención a la población de Tlalnepantla que lo requiera.

Atender los requerimientos humanos y materiales que la persona titular del Departamento de Atención a las Adicciones realice a efecto de cumplir de manera adecuada con sus atribuciones.





Titular de la Jefatura del Departamento de Atención a las Adicciones, deberá:

Supervisar que los psicólogos (as) adscritos a la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones asistan a las jornadas médicas.

Coordinar al personal a su cargo durante las jornadas médico asistenciales y planear, organizar y ejecutar acciones para la atención y prevención de adicciones; y establecer los mecanismos para el control, supervisión y evaluación de la eficiencia y eficacia del servicio de orientación en materia de prevención y atención de las adicciones.

Coordinar y supervisar que los psicólogos del Departamento de Atención a las Adicciones, brinden orientación en materia de prevención y atención de las adicciones, a la población a través de las Jornadas Médico Asistenciales o el chat de orientación para la prevención de las adicciones.

Validar los formatos de orientación en materia de prevención y atención de las adicciones; y firmar los formatos de hoja de referencia; así como dar seguimiento y evaluar el servicio de chat de orientación para la prevención de adicciones, notificando oportunamente al personal a su cargo sobre incidencias y deficiencias en el servicio.

Auxiliar administrativo de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones, deberá:

Apoyar en la planeación, organización y ejecución de acciones para la atención y prevención de adicciones y otorgar orientaciones en materia de prevención y atención de las adicciones.

Asistir a las Jornadas Médico Asistenciales, cuando así se lo solicite la persona titular de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones; de igual forma atender el chat de orientación para la prevención de adicciones.

Canalizar a las personas usuarias y a sus familiares que requieran de una atención más especializada de acuerdo con sus necesidades; integrar el formato de orientación en materia de prevención y atención de las adicciones; así como integrar el reporte mensual de actividades solicitado por la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar de DIFEM.

Psicólogas(os) de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones, deberán:

Asistir a las Jornadas Médico Asistenciales, cuando sean comisionados a éstas, por la persona titular de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones, incluyendo en días no hábiles, cuando así se requiera.

Brindar información a las personas usuarias y sus familiares sobre la atención psicológica, enfocada al tratamiento de adicciones a la población de Tlalnepantla de Baz, y canalizar a Instituciones o Dependencias, cuando la persona usuaria necesite un servicio más especializado de acuerdo a su caso; así como requisar el formato de orientación.





➤ GLOSARIO

- **Adicción o dependencia:** Es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.
- **Canalización:** Se entiende por canalización o referencia al proceso por el cual se envía a las personas usuarias para su atención de un nivel a otro, dentro del mismo nivel o de una institución a otra con mayores recursos para el diagnóstico y el tratamiento.
- **Cuadro clínico de intoxicación por drogas:** Manifestaciones clínicas y psicológicas alteradas por el consumo de sustancias psicoactivas acompañadas de ansiedad, agitación, confusión e inquietud, temblores musculares, pupilas dilatadas, aumento de frecuencia cardíaca y presión arterial.
- **Droga o sustancia psicoactiva:** Se refiere a cualquier sustancia que, al ser consumida, altera la bioquímica y procesos fisiológicos del sistema nervioso central.
- **Formato de orientación:** Hoja para recabar datos de la persona que solicite el servicio.
- **Jornada médico – asistencial:** Evento organizado, de manera general, por el SMDIF en el que se brinda un conjunto específico de servicios asistenciales gratuitos en comunidades en situación de vulnerabilidad.
- **Listas de Asistencia:** Documentos donde las personas que participan en el taller y en la plática se registran.
- **Prevención:** Es el conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, de manera oportuna, para evitar sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales.
- **Seguimiento:** Se debe entender como el contacto individual a intervalos designados, sistemáticos y estructurados posteriores a la intervención de la capacitación. Sirve para evaluar los cambios en materia de conocimiento o de percepción sobre el consumo de alguna sustancia en las personas usuarias.
- **Sustancias psicoactivas:** Es otra manera de decirle a las drogas legales e ilegales.

➤ ACRÓNIMOS.

- **DIFEM:** Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

➤ INSUMOS

- Computadora con internet.
- Teléfono móvil donde se brindarán orientaciones por mensajería
- Folletos.





- Papelería.
- Stand de orientación.

> RESULTADOS

Con el servicio de orientación se pretende dar orientación y consejería breve a la población que lo necesite ya sea familiares o personas con algún consumo de sustancias, el servicio de orientación es gratuito, a través, de las Jornadas médico asistenciales que se llevan a cabo por parte del SMDiF, y/o el chat de orientación para la prevención de adicciones.

> POLÍTICAS

- El servicio de orientación para la prevención de las adicciones es gratuito.
- La orientación se lleva a cabo:
 - ✓ En las Jornadas Médico-Asistenciales
 - ✓ En las oficinas ubicadas en Av. Convento de Sta. Mónica s/n, Hab. Jardines de Santa Mónica, Tlalnepantla de Baz y en Av. San José s/n Lote 18 y 19, San Juan Ixhuatepec, Tlalnepantla de Baz.
 - ✓ Vía chat al número 5525330643.
- El servicio de orientación se brinda en un horario de lunes a viernes de 8:00 a 16:00 horas, en las oficinas de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones; y en las Jornadas de acuerdo a la programación establecida.
- No se atenderá a personas usuarias que se presenten con cuadros clínicos de intoxicación de cualquier sustancia.
- Las personas usuarias que se presenten con un cuadro clínico de intoxicación por drogas, serán referidas a la instancia correspondiente para su debida atención.
- Todas las personas usuarias o familiares de éstas que soliciten información en la Oficina de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones, serán atendidas y se llenará Formato de Orientación de acuerdo con lo estipulado por la Dirección de Prevención y Bienestar Familiar de DIFEM.
- Todas las personas que soliciten información en el Chat de Orientación para la Prevención de Adicciones serán atendidas.
- Si es necesario agendar una cita para Consulta Psicológica Especializada en Adicciones, esta se hará de acuerdo con la disponibilidad de las y los psicólogos.
- Todas las personas usuarias del Chat de Orientación para la prevención de Adicciones, contarán con seguimiento e información en materia de prevención de adicciones.
- De acuerdo con el Protocolo de Atención a las personas usuarias con consumo de sustancias psicoactivas, las personas que así lo requieran, se les canalizará a la institución correspondiente para su debida atención.
- Las personas usuarias que consuman drogas o sustancias psicoactivas, que de acuerdo con la valoración psicológica especializada en adicciones requieran ser canalizadas a otra institución se les otorgará Formato de Hoja de Referencia.
- Durante las Jornadas Médico – Asistenciales se entregará información a través de folletos.





H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TIALAXIAPA DE SAN
2021-2024



- Se entregará información digital en promoción de: factores protectores, hábitos saludables y salud mental, a las personas usuarias del Chat de Orientación para la Prevención de Adicciones.
- Las personas usuarias y sus familiares que requieran el servicio de Orientación para la Prevención de Adicciones deberán observar en todo momento las medidas sanitarias preventivas SARS COVID-19.

347

346



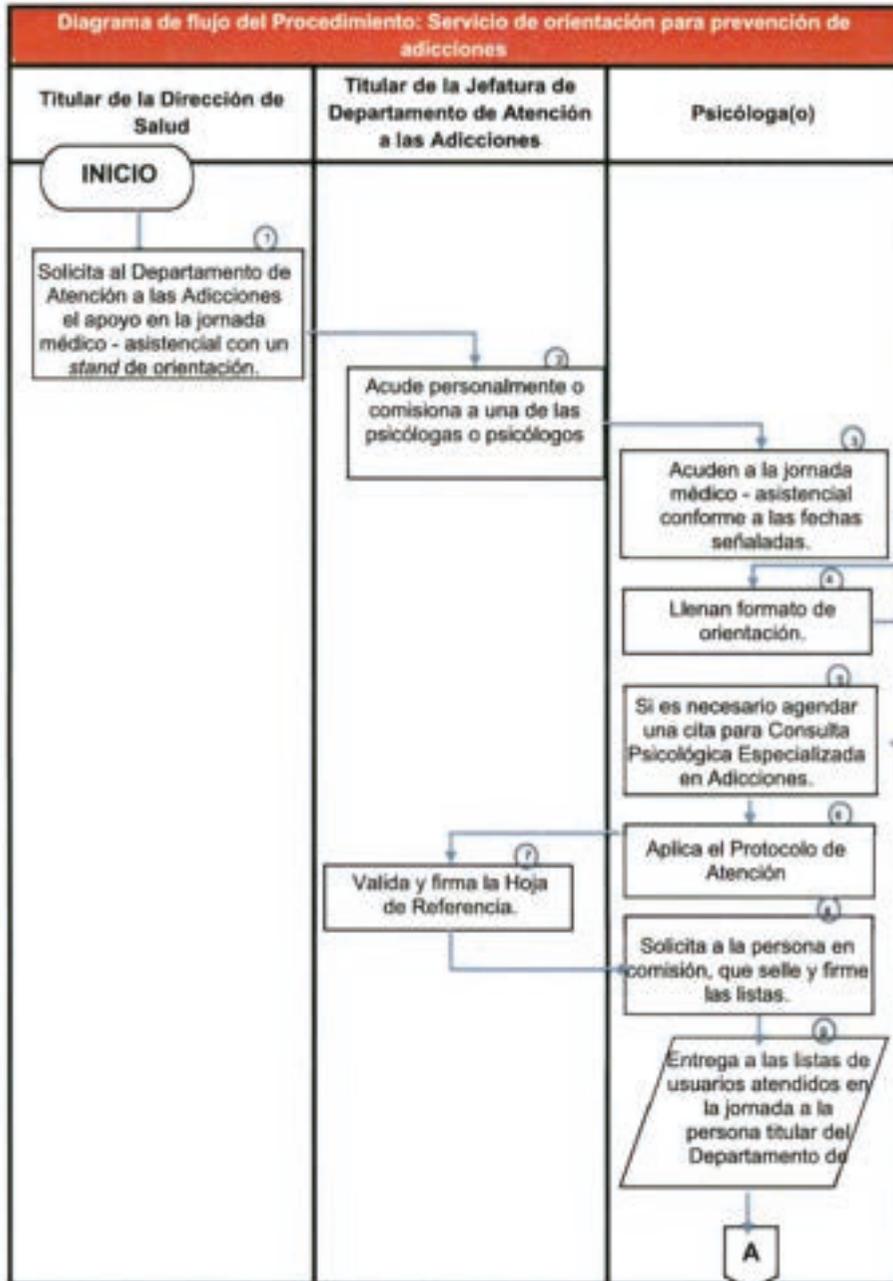
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o Puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Titular de la Dirección de Salud	1	Solicita a la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones, el apoyo en la Jornada Médico - Asistencial con un stand de orientación.
Titular de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones	2	Acude personalmente o comisiona a uno de los psicólogos(as) adscritos a la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones a la respectiva Jornada.
Psicólogas(os) de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones	3	Acuden a la jornada médico – asistencial conforme las fechas señaladas. Reparte material impreso a los asistentes a la jornada, brinda orientación a quien lo solicite y lleva registro en listas de dichas orientaciones.
Psicólogas(os) de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones	4	Llena formato de orientación, de acuerdo a la información que proporciona la persona usuaria.
Psicólogas(os) de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones	5	Si es necesario se agenda una cita para Consulta Psicológica Especializada en Adicciones.
Psicólogas(os) de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones	6	Aplica el Protocolo de Atención a las y los usuarios con consumo de sustancias psicoactivas; y se canaliza a la Institución correspondiente según amerite el caso.
Titular de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones	7	Valida y firma la Hoja de Referencia.
Psicólogas(os) de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones	8	Solicita a la persona titular de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones, o a la persona que esta comisiona, que selle y firme las listas de la jornada.
Psicólogas(os) de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones	9	Entrega las listas de las personas usuarias atendidas en la Jornada, a la persona titular de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones.
Titular de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones	10	Revisa las listas entregadas por el psicólogo(a); y realiza un informe para la Dirección de Salud.
Titular de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones	11	Entrega el informe de los servicios realizados en la Jornada Médico Asistencial a la Dirección de Salud.
FIN		

348

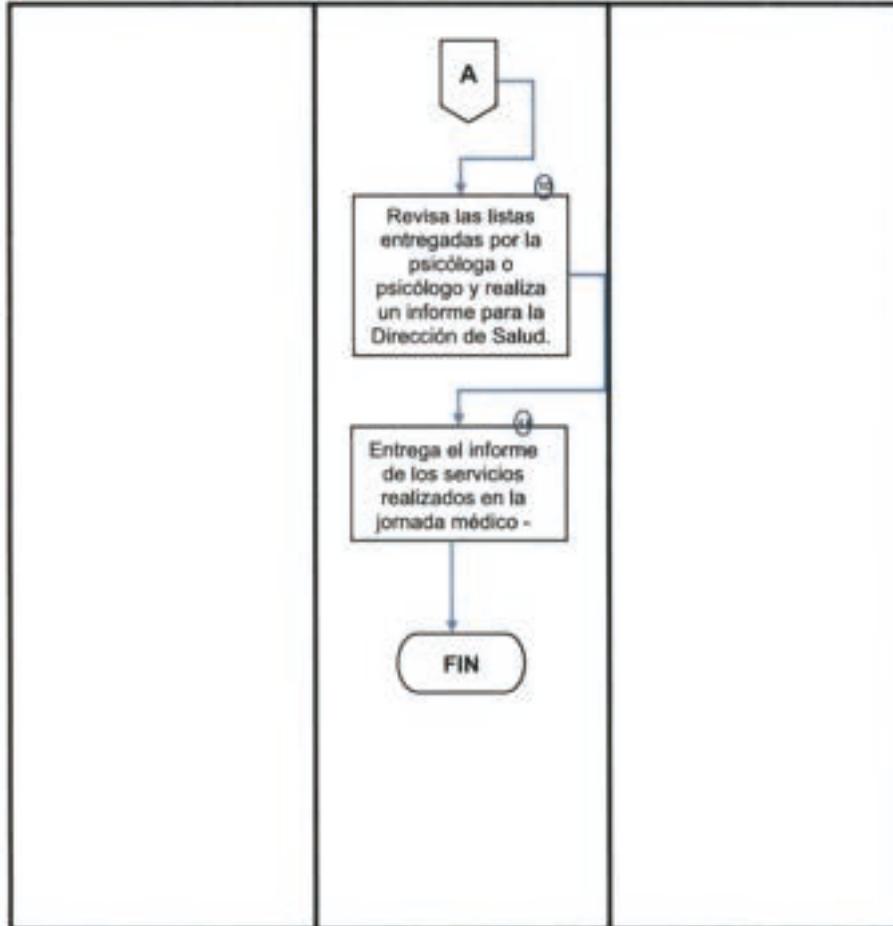


➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**



348

349





H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TALAINEPANTLA DE BAZ
2022-2024



➤ **FORMATOS**

- **Listas de asistencia**



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TALAINEPANTLA DE BAZ
2022-2024



"2022, Año del Quincentenario de Toluca, Capital del Estado de México".

LISTA DE ASISTENCIA

Evento: _____ Fecha: _____
Lugar: _____ Población: _____

No.	Nombre Completo	Edad	Firma
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Jefe de Departamento de Atención a las
Adicciones



Nuevo Gobierno, *Nuevas Ideas*

Atención vía Whatsapp: 56 3622 0000



AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TALAAMPANTLA DE BAZ
2023 - 2024



• Folleto

AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TALAAMPANTLA DE BAZ
2023 - 2024

DIF

Tlalampantla

SERVICIOS

Departamento de Atención a las Adicciones

- Terapia psicológica especializada en adicciones
- Orientación
- Consejería breve
- Pláticas
- Talleres preventivos

Lunes a viernes

8:00 a 18:00 horas

Línea PREADIC
55 2533 0643

352

351

Nuevo Gobierno, *Nuevas Ideas*

Facebook Twitter YouTube Instagram @CobTlalpa 56 3622 0000



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TIALAMPANTLA DE BAZ
2022 - 2024



• Hoja de referencia



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TIALAMPANTLA DE BAZ
2022 - 2024

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES

HOJA DE REFERENCIA



2022. Año del Quincuagésimo de la Fundación de Toluca de Lerdo, Capital del Estado de México

Foto: _____

Fecha: _____

DATOS GENERALES

Nombre del usuario: _____

Edad: _____

Institución a la que se canaliza: _____

Nombre y cargo a quien se dirige la hoja de referencia: _____

RESUMEN DEL CASO

Motivo de la referencia: _____

Impresión diagnóstica: _____

Prueba hecha o exámenes realizados y resultados de los mismos:

Sugerencias: _____

Atención otorgada: _____

NOTA: Favor de enviar contra referencia.

PSICOLOGA QUE BRINDÓ EL
SERVICIO

USUARIO O RESPONSABLE DE LA ACEPTACIÓN
DE REFERENCIA

Nombre y firma

Nombre y firma

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LAS
ADICCIONES

Nombre y firma

Sistema Municipal DIF Tlalampantla de Bazka.
Convento de Santa Mónica s/n, esq.
Convento de San Fernando
C.P. 54290 Estado de México.
Tel. 555 9622115



> VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
Lic. Roberto Joao Hernández Hernández	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	PLÁTICAS Y TALLERES ENFOCADOS A LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES Y TALLER NUEVA VIDA
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/DAA/003

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS



> OBJETIVO

Brindar información preventiva sobre el consumo de drogas legales e ilegales, sus efectos a nivel físico, psicológico y social (biopsicosocial), a través de pláticas o talleres con la finalidad de prevenir la ingesta de sustancias psicoactivas en edades tempranas.

El objetivo del taller "Nueva Vida", es brindar información y herramientas a la población Tlalnepantleña, con la intención de que adquieran habilidades socioemocionales para evitar el abuso o adicción a sustancias psicoactivas.

> ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud a través de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones del SMDIF Tlalnepantla de Baz, a las autoridades de las escuelas públicas y privadas en las que se brindan los talleres y pláticas; así como a las personas usuarias que soliciten este servicio.

> FUNDAMENTO LEGAL

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley General de Asistencia Social.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
- Ley General de Asistencia Social del estado de México y Municipios.
- Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de carácter municipal, denominados "Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, México.
- Reglas de Operación de PREADIC.

> RESPONSABILIDADES

DIFEM "Dirección de Prevención y Bienestar Familiar", deberá:

Supervisar que el programa PREADIC, que lleva a cabo la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones del SMDIF; y verificar que se integre la carpeta con la información requerida.

Titular de la Dirección de Salud del SMDIF Tlalnepantla, deberá:

Supervisar que el personal de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones otorgue las pláticas y talleres de prevención de adicciones a la población de Tlalnepantla.



Gestionar los oficios de solicitud dirigidos a las autoridades educativas de las escuelas públicas y/o privadas del municipio, a efecto de promocionar las pláticas y talleres de prevención de las adicciones; y supervisar la entrega de los oficios de solicitud dirigidos a las autoridades educativas de las escuelas del municipio

Supervisar que el personal de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones, otorgue las pláticas y talleres de prevención de adicciones a las niñas, niños y adolescentes en escuelas públicas y/o privadas del municipio; y a la población en general que lo requiera.

Titular de la Jefatura del Departamento de Atención a las Adicciones, deberá: Gestionar el acuerdo entre las autoridades educativas de las escuelas públicas y/o privadas del municipio y el SMDIF, para la realización de las pláticas y talleres preventivos en materia de adicciones.

Supervisar la logística para la realización de las pláticas y talleres preventivos en materia de adicciones; y realizar y firmar los acuerdos con escuelas del sector público y privado para otorgar pláticas y talleres preventivos en materia de adicciones.

Autorizar y evaluar los materiales a utilizarse en las pláticas y talleres para que sean implementadas por las psicólogas(as) adscritos a la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones; así como gestionar a través de los medios de comunicación oficiales del SMDIF, la promoción de las pláticas y talleres preventivos en materia de adicciones.

Psicólogas(os) de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones; deberán:

Diseñar pláticas y talleres sobre prevención de adicciones; y gestionar los insumos necesarios para su correcta realización.

Asistir en tiempo y forma a las instituciones educativas públicas y/o privadas, donde se haya acordado realizar alguna plática o taller; así como realizar los informes de las pláticas y talleres para que estos sean entregados y supervisados por la persona titular de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones.

Autoridades escolares, deberán:

Proporcionar fecha, horario, grupos y temáticas a desarrollar; así como facilitar listas de asistencia y/o sello de la institución como medio comprobatorio de la actividad.

➤ **GLOSARIO**

- **Adicción o dependencia:** Es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de



experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.

- **Biopsicosocial:** Medio ambiente, características psicológicas y situación biológica del individuo.
- **Listas de Asistencia:** documentos donde las personas que participan en el taller y en la plática se registran.
- **Psicólogo(a):** Profesional adscrito vía nómina a la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones, que lleva a cabo el proceso terapéutico.
- **Talleres y pláticas enfocados en la prevención de adicciones:** Conjunto de información brindada por un psicólogo(a), a fin de que los receptores tengan herramientas suficientes para no consumir sustancias psicoactivas
- **Talleres nueva vida:** Conjunto de información organizada para brindar herramientas y habilidades para la vida en la población de Tlaxcala. Este taller está diseñado por la CONADIC.

➤ ACRÓNIMOS

- **CURP:** Clave Única de Registro de Población.
- **CONADIC:** Comisión Nacional Contra las Adicciones.
- **DIFEM:** Desarrollo Integral de la Familia Estado de México
- **PREADIC:** Prevención de las Adicciones (Programa de DIFEM, enfocado a la prevención de adicciones).
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlaxcala de Baz.

➤ INSUMOS

- Volantes.
- Folletos.
- Papelería.
- Material didáctico.
- Listas de asistencia.
- Sello de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones.
- Vehículo con gasolina

➤ RESULTADOS

Con los talleres y pláticas la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones; promoverá conductas para prevenir el consumo de cualquier sustancia psicoactiva; asimismo tienen la finalidad de que la población en general, conozca y se informe del efecto de las sustancias; y adquiera las herramientas para una toma de decisiones correcta.



➤ POLÍTICAS

- Las pláticas y talleres de prevención de adicciones y taller nueva vida son un servicio que brinda el SMDIF, en instituciones públicas como privadas y a la población que lo solicite.
- Las pláticas y talleres enfocados a la prevención de adicciones, así como el taller nueva vida son servicios gratuitos.
- Las pláticas y talleres de prevención de adicciones y taller nueva vida, se realizan de forma presencial o digital (a distancia vía plataforma digital).
- La Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones, gestiona mediante un acuerdo con las Instituciones educativa públicas o privadas, la planificación para establecer la fecha y hora para llevar a cabo la plática y/o taller.
- Se requerirá a los participantes de las pláticas y los talleres de prevención de adicciones y talleres nueva vida:
 - ✓ CURP (Como información indispensable en la lista de asistencia, este requerimiento deberá ser señalado en el acuerdo entre las instituciones educativas y el SMDIF, a través, de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones).
- La población en general puede solicitar el servicio, mediante un oficio dirigido a la Dirección de Salud, con copia a la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones, especificando:
 - ✓ Temática.
 - ✓ Modalidad (presencial o plataforma digital)
 - ✓ Fecha y hora en que desea recibir la plática y/o taller.
 - ✓ Número de contacto.
- Las pláticas y/o talleres están sujetas a disponibilidad de agenda.
- La plática y/o taller preventivo de adicciones y taller nueva vida, deben de ser impartidos por personal capacitado perteneciente a la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones, el cual debe acreditarse como tal mostrando su credencial institucional en todo momento.
- Los datos personales recabados en las listas de asistencia de las pláticas y/o talleres están sujetos al aviso de privacidad de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones.
- Las personas usuarias que asistan al servicio de pláticas o talleres enfocados a la prevención de adicciones y talleres nueva vida, deberán salvaguardar las medidas sanitarias preventivas SARS COVID-19.



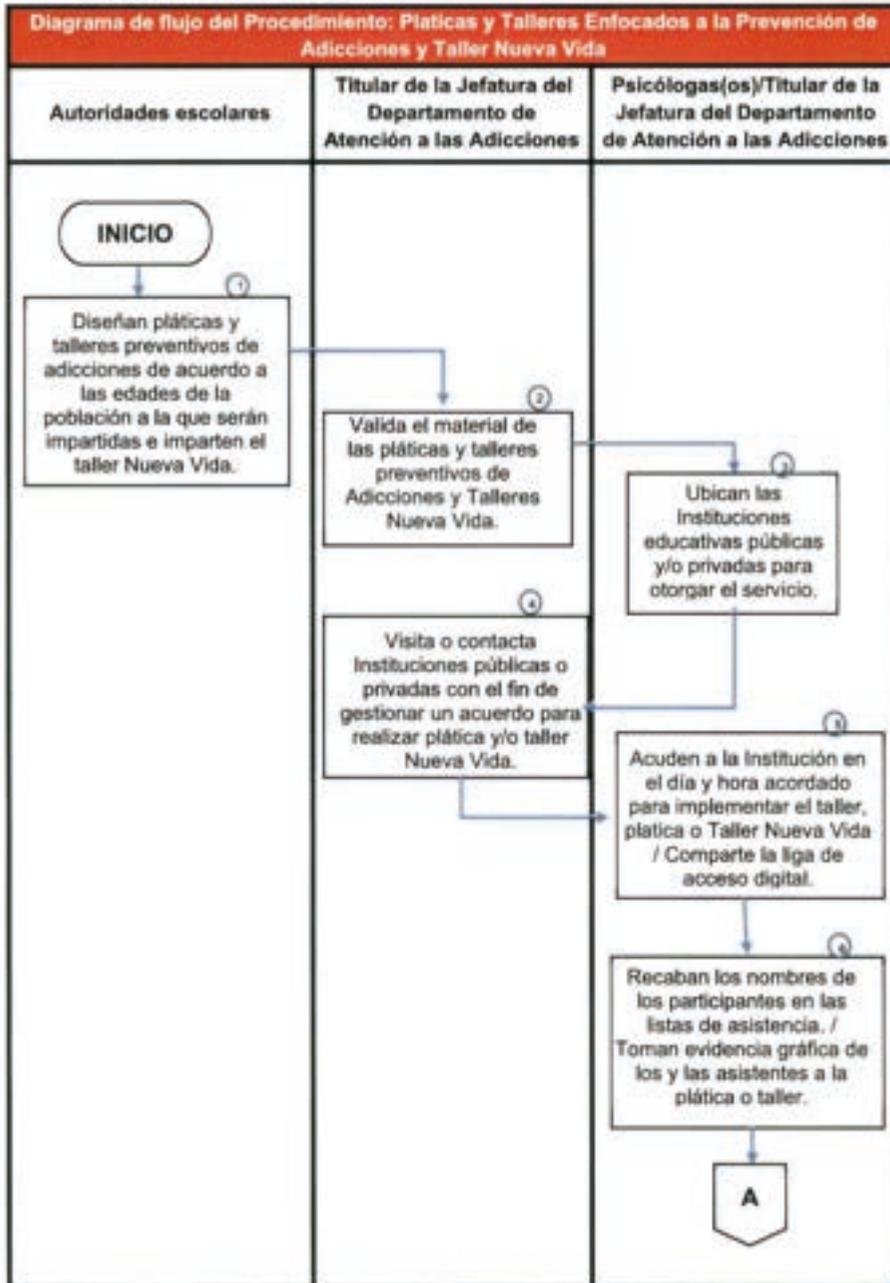


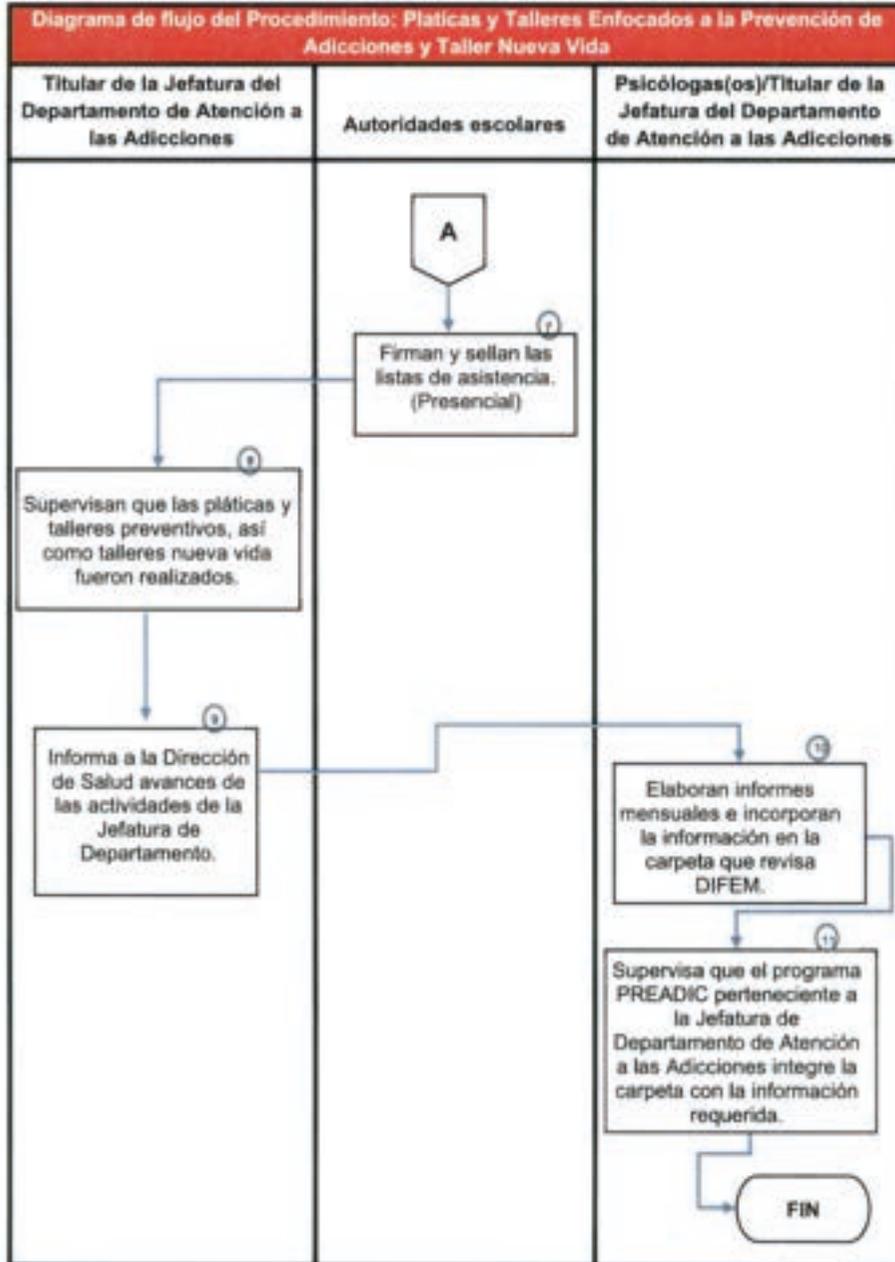
> DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Unidad administrativa o Puesto	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Psicólogas(os)/Titular de la Jefatura del Departamento de Atención a las Adicciones	1	Diseñan pláticas y talleres preventivos de adicciones de acuerdo a las edades de la población a la que serán impartidas.
Titular de la Jefatura del Departamento de Atención a las Adicciones	2	Valida el material de las pláticas y talleres preventivos de adicciones.
Psicólogas(os)/Titular de la Jefatura del Departamento de Atención a las Adicciones	3	Ubican las instituciones educativas públicas y/o privadas para otorgar el servicio.
Titular de la Jefatura del Departamento de Atención a las Adicciones	4	Visita o contacta instituciones públicas y privadas con el fin de gestionar un acuerdo para realizar plática y/o taller.
Psicólogas(os)/Titular de la Jefatura del Departamento de Atención a las Adicciones	5	Acuden a la institución en el día y hora acordado para implementar el taller o plática, en caso de ser modalidad digital, comparten la liga de acceso digital
Psicólogas(os)/Titular de la Jefatura del Departamento de Atención a las Adicciones	6	Recaban los nombres de los participantes en las listas de asistencia. / Toman evidencia grafica de las y los asistentes a la plática o taller
Autoridades escolares	7	Firman y sellan las listas de asistencia. (Modalidad presencial).
Titular de la Jefatura del Departamento de Atención a las Adicciones	8	Supervisa que los talleres y pláticas fueran realizados.
Titular de la Jefatura del Departamento de Atención a las Adicciones	9	Informa a la Dirección de Salud, los avances de las actividades de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones.
Psicólogas(os)/Titular de la Jefatura del Departamento de Atención a las Adicciones	10	Elaboran los informes mensuales e incorporan la información en la carpeta que revisa DIFEM.
DIFEM Dirección de Prevención y Bienestar Familiar	11	Supervisa que el programa PREADIC, que lleva a cabo la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones, fuera integrada a la carpeta con la información requerida.
FIN		



➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**





362





EL AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TIALAMPANTLA DE SAZ
2022- 2024



> **FORMATOS**

- **Listas de asistencia**



EL AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TIALAMPANTLA DE SAZ
2022- 2024



"2022, Año del Quincentenario de Toluca, Capital del Estado de México".

LISTA DE ASISTENCIA

Evento: _____ Fecha: _____
Lugar: _____ Población: _____

No.	Nombre Completo	Edad	Firma
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Jefe de Departamento de Atención a las
Adicciones



Nuevo Gobierno, *Nuevas Ideas*

© Dirección de Informática 56 3622 0000



> VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Lic. Roberto Joao Hernández Hernández	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





g) JEFATURA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	BRINDAR PLÁTICAS, TALLERES, CURSOS, CONFERENCIAS, CAPACITACIONES Y JORNADAS DE SALUD MENTAL
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/DP/001

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS



> OBJETIVO

Sensibilizar y difundir la importancia de la salud mental de la población de Tlalnequatlá de Baz; y proporcionar herramientas necesarias para atender situaciones psicológicas, emocionales y conductuales.

> ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud a través de la Jefatura de Departamento de Psicología; así como a la población que solicite el servicio.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- Ley General de Salud.
- Ley de Asistencia Social.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- Ley que crea a los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social de Carácter Municipal, Denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Código Ético del Psicólogo.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal DIF Tlalnequatlá de Baz.
- NOM-004-SSSA3-2012. Del expediente clínico
- NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

> RESPONSABILIDADES

Titular de la Jefatura de Departamento de Psicología, deberá:

Planear, organizar y ejecutar acciones para brindar pláticas, talleres y conferencias; organizar las actividades de las pláticas, conferencias y eventos; y autorizar su contenido.

Establecer los mecanismos para el control, supervisión y evaluación de la eficiencia y eficacia de la calidad de la impartición de pláticas, talleres y conferencias.

Psicólogas(os), deberán:

Llevar a cabo la difusión de las pláticas, talleres y conferencias, realizar pláticas, talleres y conferencias; así como entregar y reportar informes mensuales y semanales de las pláticas, conferencias y talleres impartidos.

Personas usuarias, deberán:

Asistir puntualmente para recibir las pláticas, talleres, cursos, orientaciones, capacitaciones, conferencia y jornadas de salud mental.





> GLOSARIO

- **Plática:** Conferencia que da una persona sobre un tema.
- **Psicólogo(a):** Un psicólogo(a) es un profesional de la psicología, disciplina compleja que reagrupa distintas corrientes teóricas y prácticas, en específico: psicología clínica, cognitiva, conductual, del desarrollo, social, del trabajo, animal, diferencial, experimental. Estos diferentes campos de aplicación se asemejan en relación con el estudio de hechos psíquicos que es la psicología.
- **Taller:** Curso, generalmente breve, en el que se enseña una determinada actividad práctica o artística.
- **Persona usuaria:** Persona que pide informes para conocer los servicios y en su caso, es atendido por un psicólogo(a) o trabajador(a) social.

> ACRÓNIMOS

- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

> INSUMOS

- Papelería.
- Utilitarios de difusión.
- Material didáctico.
- Listas de asistencia.
- Lugar o espacio para dar la capacitación.

> RESULTADOS

Brindar apoyo psicológico mediante la realización de cursos, pláticas, talleres, conferencias y/o jornadas a la población para proporcionar herramientas que conduzcan a una mejor calidad de vida, logrando un sano ambiente biopsicosocial.

> POLÍTICAS

- Las personas usuarias deberán presentarse el día y hora acordados para recibir las pláticas, talleres, cursos, orientaciones, capacitaciones, conferencia y jornadas de salud mental.
- Las pláticas son de una sola sesión con duración de 1 a 2 horas.
- Las pláticas, talleres, cursos, orientaciones, capacitaciones, conferencia y jornadas de salud son impartidas de manera gratuita.
- Los talleres tienen una duración de 4 a 5 sesiones, una vez por semana, y de 2 horas cada uno, en los diferentes centros periféricos dentro del Municipio de Tlalnepantla de Baz.
- Los cursos están sujetos a disponibilidad y convocatoria.





- Las orientaciones se realizan a petición de las personas, para despejar sus dudas referentes a los programas, se puede recibir la orientación vía telefónica al número 55 53 61 21 15 ext. 297 o directamente en la oficina de la Jefatura de Departamento de Psicología, ubicada en calle convento de San Fernando s/n fraccionamiento Jardines de Santa Mónica, Tlalnepantla de Baz.
- Las conferencias se realizan como jornadas de salud mental anual y son impartidas en el Auditorio del Sistema Municipal DIF Tlalnepantla de Baz.
- Se entregará constancia de participación de capacitación por parte del SMDIF y/o de la institución correspondiente, a los asistentes que acrediten las diversas actividades; así como al capacitador(a).

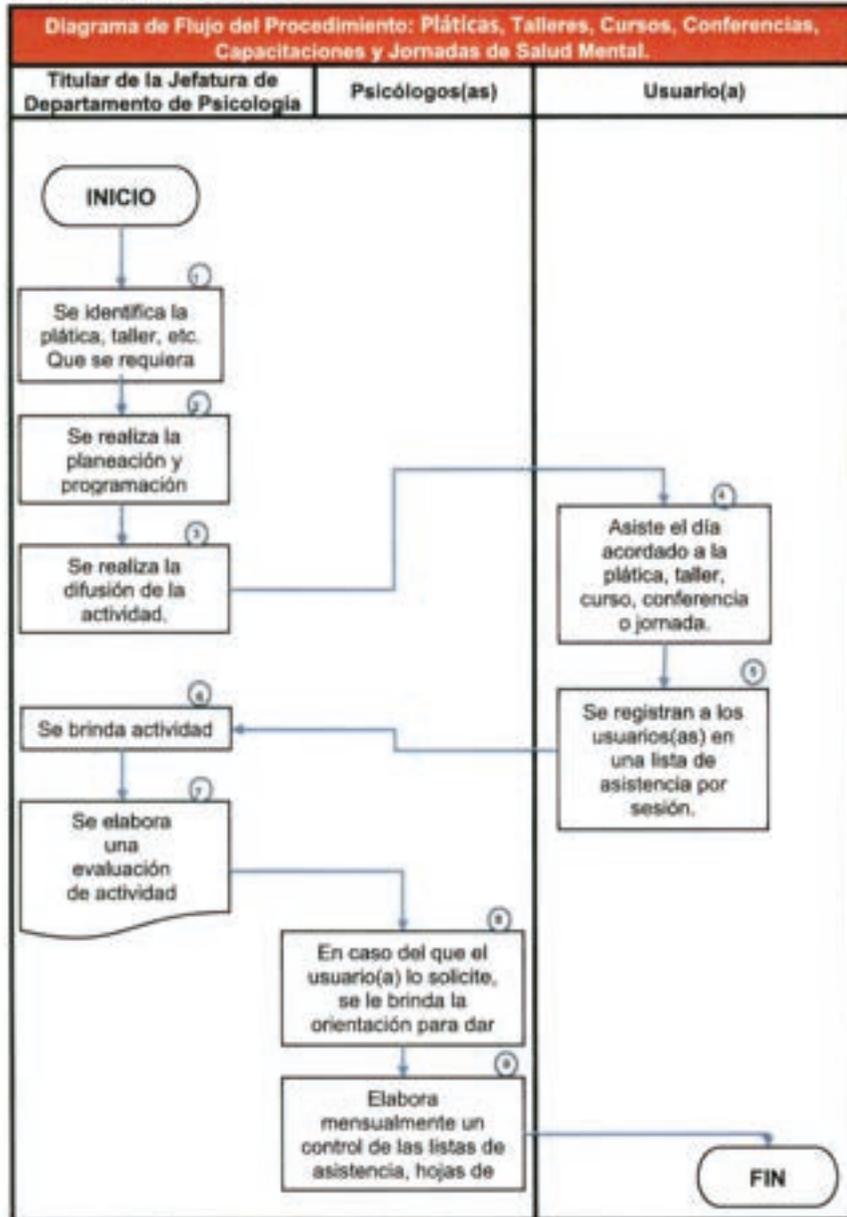
> DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Titular de la Jefatura de Departamento de Psicología	1	Identifica la plática, taller, curso, conferencia, jornada o petición de la ciudadana que se requiere, según la demanda.
Titular de la Jefatura de Departamento de Psicología	2	Realiza la planeación y programación.
Titular de la Jefatura de Departamento de Psicología y/o Psicólogos(as)	3	Realizan la difusión de la actividad.
Personas Usuarías	4	Asiste el día acordado a la plática, taller, curso, conferencia o jornada.
Personas Usuarías	5	Se registra en una lista de asistencia por sesión.
Titular de la Jefatura de Departamento de Psicología y/o Psicólogos(as)	6	Brindan la plática, taller, curso, conferencia, o jornada.
Titular de la Jefatura de Departamento de Psicología y/o Psicólogos(as)	7	Elabora una evaluación de la plática, taller, curso, conferencia o jornada.
Titular de la Jefatura de Departamento de Psicología y/o Psicólogos(as)	8	En caso de que la persona usuaria lo solicite, se le brinda la orientación para dar continuidad.
Titular de la Jefatura de Departamento de Psicología y/o Psicólogos(as)	9	Elabora mensualmente un control de las listas de asistencia, hojas de evaluación y evidencia de las actividades.
FIN		





➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**





• Hojas de evaluación



Hoja de evaluación de pláticas / talleres

ACTIVIDAD ESPECÍFICA:

FECHA EN QUE SE IMPARTIÓ:

PLÁTICA () TALLER ()

TEMA:

LUGAR:

MUNICIPIO:

PONENTE:

¿Por qué?

¿La exposición cumplió con la expectativa?	Si	No	
¿El ponente mostró dominio en el tema?	Si	No	
¿Considera de importancia esta plática?	Si	No	
¿El ponente motivó la participación?	Si	No	
¿El material didáctico fue adecuado?	Si	No	
¿El tiempo que duró la plática fue adecuado?	Si	No	

En escala del 1 al 10 ¿Cómo calificaría la integración de tema, ponente, contenido, material y duración? (1= pésimo, 10= excelente)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Comentarios sobre la plática:

Comentarios sobre el ponente:

Observaciones y sugerencias:

EVALUÓ:

EXPOSITOR:

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN

NOMBRE Y FIRMA

Vó. Bo. Jefe del departamento de atención psicológica y psiquiatría



> VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
Mtra. María Laura Andrade Alonso	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Psicología	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	OTORGAMIENTO DE TERAPIA PSICOLÓGICA
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/DP/002

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS



➤ OBJETIVO

Brindar apoyo psicológico a bajo costo a la población en situación de vulnerabilidad para proporcionar herramientas que conduzcan hacia una mejor calidad de vida, logrando un sano ambiente biopsicosocial.

➤ ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud a través de la Jefatura de Departamento de Psicología, así como a las personas usuarias que soliciten el servicio.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

- Ley General de Salud.
- Ley de Asistencia Social.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- Ley que crea a los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social de Carácter Municipal, Denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Código Ético del Psicólogo.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal DIF Tlalnepantla de Baz.
- NOM-004-SSSA3-2012. Del expediente clínico
- NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

➤ RESPONSABILIDADES

Titular de la Jefatura de Departamento de Psicología, deberá:

Planear, organizar, instrumentar y ejecutar un programa de atención; asimismo generar acciones para la salud mental para las personas del municipio.

Establecer los mecanismos para el control, supervisión y evaluación de la eficiencia y eficacia de la calidad de la atención psicológica que se brinda a las personas usuarias; así como Administrar, supervisar y organizar las actividades y horarios de las psicólogas(os) y del personal encargado de los centros, quienes son los responsables directos de la administración de los recursos financieros, humanos, materiales y tecnológicos de dichos centros.

Auxiliar administrativo/psicóloga(o), deberá:

Realizar la difusión del servicio de psicología y auxiliar en la supervisión de los consultorios periféricos y en los casos de las personas usuarias.





Realizar orientaciones a la población que lo soliciten; canalizar a las usuarias a la unidad periférica más cercana a su domicilio o trabajo; así como agendar citas de las personas usuarias.

Psicólogos(as), deberán:

Brindar atención psicológica a personas que requieran o soliciten el servicio y realizar un plan y tratamiento psicológico, de acuerdo a sus necesidades; y dar seguimiento, custodiar e integrar los expedientes referentes a los casos de pacientes de psicología a su cargo.

Realizar e ingresar el cobro al área de finanzas de la recaudación de ingresos obtenidos, por cuotas de recuperación por servicio de atención psicológica, en los que en su caso no cuentan con cajero(a) o encargada en su periférico.

Asistir cuando así se le requiera a supervisión de caso y dar contenciones y orientaciones cuando sea necesario; así como realizar, reportar y entregar informes de actividades de manera diaria, semanal y mensual al Departamento de Psicología.

Personal habilitado para cobro, deberá:

Realizar el cobro y entregar recibo de pago.

Usuario(a)/Paciente, deberán:

Solicitar o requerir el servicio de psicología y asistir a sus citas en la hora y lugar agendado.

➤ **GLOSARIO**

- **Atención psicológica:** Consultas a través de las cuales se brinda tratamiento a los pacientes respecto a sus procesos mentales, sus sensaciones, sus percepciones y su comportamiento, con el objeto de mejorar su relación con el medio ambiente físico y social que lo rodea.
- **Biopsicosocial:** Conceptualización que integra cuestiones biológicas, psicológicas y sociales de un ser humano.
- **Centro Psicoeducativo:** Lugar para niños y adolescentes, donde se brinda apoyo psicológico, evaluaciones, diagnósticos y terapias, dependiendo de la necesidad del paciente.
- **Centro Psicopedagógico:** Organismo donde tratan a niños, jóvenes y adultos, en el campo de la salud y la educación.
- **Cuota de recuperación:** Cantidad que debe cubrir la persona usuaria por la prestación del servicio médico o médico especializado brindado por personal del SMDIF.
- **Diagnóstico:** Análisis mediante el cual se recaban datos para realizar la interpretación de una cierta condición.
- **Estudio Socioeconómico:** Aplicación de cuestionario para detectar las posibilidades económicas del paciente para pagar el servicio.
- **Evaluación Psicológica:** Herramienta que se utiliza para realizar el diagnóstico del paciente, mediante, test, cuestionarios y otros instrumentos.



- **Historia Clínica:** Documento en el cual se recaban los antecedentes familiares, de pareja, así como padecimientos físicos del paciente.
- **Psicólogo:** Profesionalista adscrito vía nómina o comodato adscrito a la Jefatura de Departamento de Psicología, que lleva a cabo el proceso terapéutico.
- **Personal habilitado para cobro:** Servidor(a) Público(a) que se encarga de realizar el cobro de la terapia, mediante un recibo.
- **Paciente:** La persona que es atendida por el psicólogo(a).
- **Trastorno:** Alteración en el funcionamiento de un organismo o de una parte de él, o en el equilibrio psíquico o mental de una persona.
- **Usuario(a):** Es la persona que pide informes para conocer los servicios.

> ACRÓNIMOS

- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

> INSUMOS

- Volantes.
- Folletos.
- Papelería.
- Formatos de expedientes.
- Contrato de comodato de psicólogos.
- Pruebas psicológicas.
- Consultorios.

> RESULTADOS

Brindar atención psicológica a bajo costo a la población en situación de vulnerabilidad emocional, con la finalidad de proporcionar herramientas que conduzcan a una mejor calidad de vida, logrando un sano ambiente biopsicosocial.

> POLÍTICAS

- Al inicio del proceso terapéutico se suscribe un contrato terapéutico, entre las partes involucradas.
- Cada sesión tendrá una cuota de recuperación de conformidad con el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF", vigente.
- La cita tendrá una duración de cincuenta minutos a una hora, con una tolerancia de quince minutos de retardo para la persona usuaria, después de los cuales se generará un retardo. Tres retardos serán equivalentes a una falta y dos faltas ocasionarán baja del servicio.





- Las evaluaciones solicitadas (en caso de niños, niñas y/o adolescentes), serán otorgadas cumpliendo un mínimo de tres a cinco sesiones con duración de cincuenta minutos cada una.
- A petición de alguna autoridad, por medio escrito, se puede realizar la exención del pago de la persona usuaria, considerando a los pacientes más vulnerables.
- No se emite ningún reporte de asistencia o reporte de avance terapéutico a menos que sea solicitado por alguna autoridad o institución vía oficio con visto bueno de la persona usuaria.
- No se realizará cobro extra por la realización de evaluaciones.
- Se establecen las medidas de confidencialidad dentro del proceso terapéutico, mediante el contrato terapéutico firmado por ambas partes.
- La atención psicológica está sujeta a disponibilidad de espacios.
- En caso que las terapias psicológicas se brinden en los Centro Psicoeducativo o Centro Psicopedagógico, sea el caso; los encargados(as) de los Centros en comento, deberán:
 - ✓ Supervisar, custodiar y dar seguimiento a la integración de los expedientes referentes a los casos de pacientes de psicología de su centro y elaborar los informes que solicite la Jefatura de Departamento de Psicología.
 - ✓ Difundir a la población en general los servicios de su Centro.
 - ✓ Dar contenciones y orientaciones cuando sea necesario.
 - ✓ Asistir cuando así se le requiera a supervisión de caso.
 - ✓ Agendar citas de las personas usuarias.
 - ✓ Realizar e ingresar el cobro al área de ingresos de la recaudación cuotas de recuperación obtenidos por cuotas de recuperación por servicio de atención psicológica de su centro.
- Los encargados de los centros y los psicólogos(as), tendrán que informar a la Jefatura de Departamento de Psicología, sobre la identificación de riesgos y problemas en sus pacientes, para su debida gestión y atención jurídica necesaria, en apego a las disposiciones aplicables.
- La Jefatura de Departamento de Ingresos, es el responsable de realizar la conciliación de los recursos propios recaudados a través del servicio de otorgamiento de terapia psicológica.
- La persona titular de la Jefatura de Departamento de Psicología, será responsable de coadyuvar con la Dirección Jurídica y la Jefatura de Departamento de Recursos Financieros y Control Presupuestario, en lo referente a contratos por comodato con psicólogo(as); para así brindar un mejor servicio y tener una mayor cobertura.



> DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario(a)	1	Solicitan o requieren del servicio de psicología.
Auxiliar Administrativo/psicóloga(o)	2	Realiza orientación a la persona usuaria que lo solicite.
Auxiliar Administrativo/psicóloga(o)	2	Canaliza a la persona usuaria a la unidad periférica más cercana a su domicilio o trabajo y agenda cita para la persona usuaria.
Personal habilitado para cobro	3	Realiza el cobro y entrega recibo de pago.
Paciente(a)	4	Asiste a la primera cita en la hora y lugar agendado.
Psicólogo(a)	5	Suscribe y entrega contrato terapéutico y se elabora entrevista inicial como hoja frontal para iniciar el proceso terapéutico.
Psicólogo(a)	6	Realiza la segunda cita donde se abre expediente, elaborando la historia clínica del paciente.
Psicólogo(a)	7	Desarrolla el proceso terapéutico y la descripción de los avances que el paciente tiene por sesión mediante la hoja de evolución.
Psicólogo(a)	8	Valora la evolución del paciente para determinar su alta del tratamiento terapéutico.
Psicólogo(a)	9	Da de alta al paciente por la problemática inicial.
FIN		

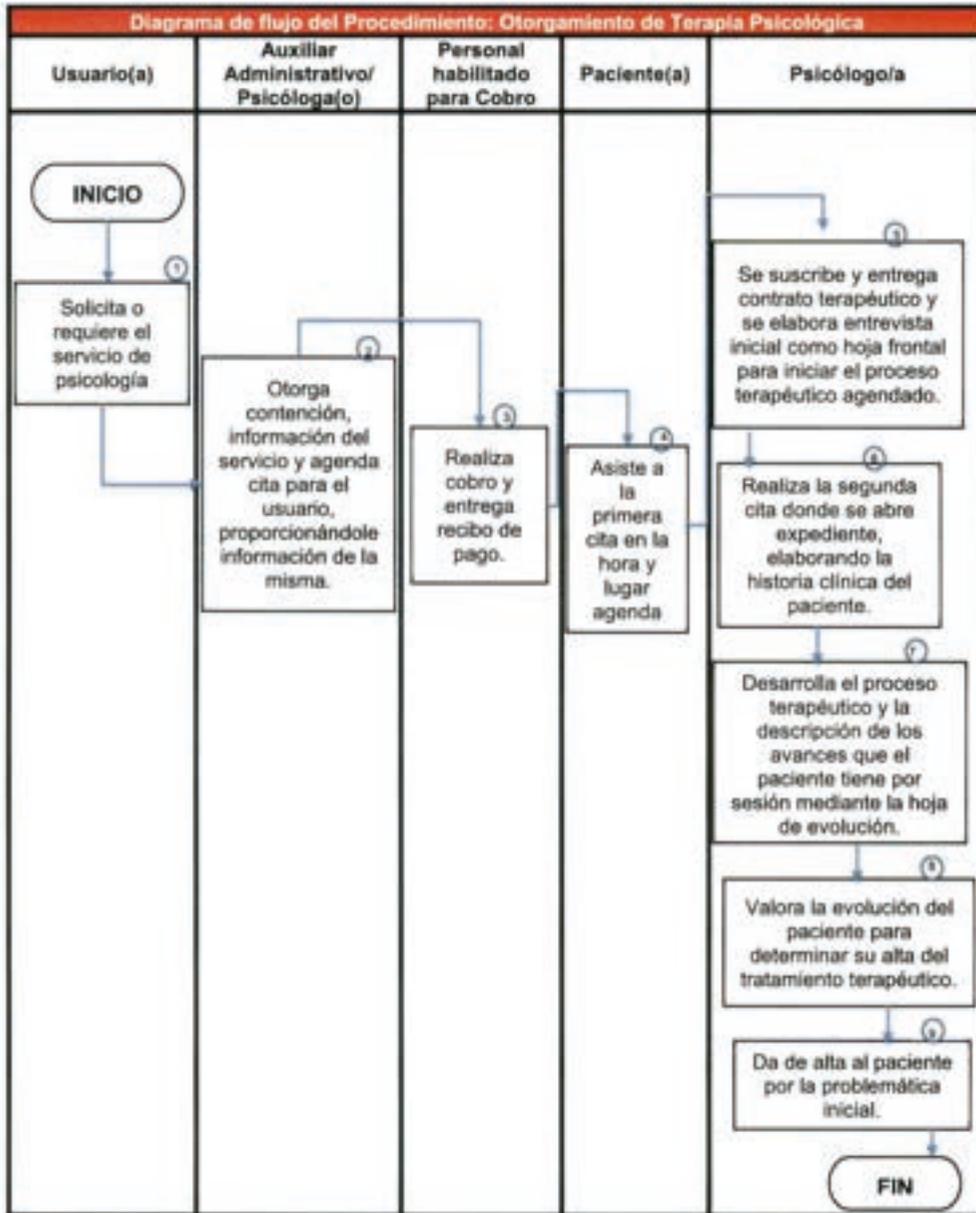
378



377



> DIAGRAMA DE FLUJO



379



> FORMATOS

• Contrato terapéutico



CONTRATO TERAPÉUTICO

A las personas solicitantes del servicio de Tratamiento Psicológico dentro del Sistema Municipal DIF Tlaxiahuapantla de Bax, al igual que al personal que labore en el mismo, para lograr el óptimo aprovechamiento de los servicios otorgados.

1. Todo solicitante obtendrá cita de manera inmediata. En caso de no haber espacios disponibles, el solicitante deberá anotarse en **LISTA DE ESPERA**. Todo usuario se atenderá únicamente con previa cita.
2. Los casos que se encuentren fuera del área de atención del Centro, serán **CANALIZADOS** al Subsistema o Centro Periférico más cercano con la atención de este trabajador social, auxiliar del área o responsable del Departamento.
3. Las **EVALUACIONES** realizadas (en caso de niños, niñas y adolescentes) serán otorgadas cumpliendo un máximo de 5 sesiones con duración de 60 minutos cada una. Previamente se le indicará la fecha de entrega.
4. Una vez asignado el **HORARIO** y día de la cita, sólo podrá modificarse si este terapéutico cuenta con disponibilidad de espacios para realizar el servicio.
5. El costo de la **CUOTA DE RECUPERACIÓN** es por sesión. Toda consulta tiene un **COSTO** de **\$100.00 M.N.** (cien pesos, moneda nacional), el cual tendrá que cubrirse al momento de agendar la cita.
6. El/la paciente deberá cubrir el monto de la sesión en caja, tarjeta o con esta terapéutica, según sea el caso, **ANTES** de recibir el servicio, debiendo entregar el recibo de pago a su terapéutica antes de iniciar la sesión.
7. En cualquiera de los casos anteriores, y sea quien sea quien efectúe el cobro, de debe entregar al paciente obligatoriamente el recibo de pago correspondiente a la cuota establecida (**\$100.00 M.N.**) y el costo de la consulta habrá mayor, deberá respetarse por el informe de estudio socioeconómico y las capacidades económicas de gastos y servicios al expediente.
8. Si no se entrega el recibo de pago al usuario, la consulta será **GRATUITA** y el hecho podrá ser denunciado por el mismo.
9. Los turnos a los que el paciente **FALTE** sin justificación y sin previo aviso (24 horas antes de la sesión), se darán por perdidos, no serán recuperados por parte del terapéutico y no habrá reembolsos ni turnos.
10. Los usuarios a los que el terapéutico ha asignado vacaciones, días festivos, permisos con previo aviso, turnos en DIF Central o asistencia a jornadas o eventos DIF, serán recuperados por el mismo o persona que el paciente no concierte con el horario para reposición, cobrándose la sesión únicamente si es repuesta.
11. Las sesiones tienen una **DURACIÓN** de **60 minutos** cada una, con una **TOLERANCIA** de **10 minutos**. El tiempo que el paciente llegue tarde se le descontará sobre el tiempo total de la sesión, sin la posibilidad de reposición alguna y cuando sea durante los primeros 25 minutos, ya que a los **30 minutos** después de la hora de inicio de sesión se **cancelará** la consulta.
12. El tiempo que el terapéutico retarda el inicio de sesión, tendrá que ser recuperado el mismo día o en otro día convenido con el paciente.
13. La cita tendrá una tolerancia de **15 minutos** después de los cuales se generará un retardo, **dos retardos** serán equivalentes a una falta y una falta ocasionará la **BAJA** del centro, una vez que se dé la baja del servicio, no se atenderá sin previa cita. Asimismo, **2 cancelaciones injustificadas**, generarán **BAJA** del servicio.
14. En el caso de pacientes que necesitan tratamiento o estudios especiales (atención psiquiátrica, valoración de aparato fonatorio, electroencefalograma, etc.) tendrán tiempo límite (a consideración del terapéutico emergente) para traer resultados, ya que se es beneficio del paciente e indispensable para continuar con el tratamiento.
15. Los padres y/o tutores de los pacientes se deberán comprometer a ingerencia del terapéutico, en las actividades que se realicen en el Centro (juegos, talleres, etc.) así como se realicen fuera del horario de la terapia y cuando existe un costo adicional. De igual forma, estos pacientes se comprometen a cumplir puntualmente con los turnos y actividades que esta terapéutica integre como complemento del tratamiento, ya que, de no ser así, esta terapéutica considerará lo se continúa o no con el proceso terapéutico.
16. Los pacientes al igual que el terapéutico, deberán presentarse en **ADECUADAS CONDICIONES DE HIGIENE Y SEGUIR LAS REGLAS SANITARIAS ESTABLECIDAS**, asimismo, ambos parties deberán conformarse de manera respetuosa y responsable. El usuario según tipo de agresión física o verbal, en ese momento se cancela la sesión y se turnará las medidas pertinentes.
17. En el caso de los niños, los padres y/o tutores estarán obligados a **permanecer dentro del Centro** durante la terapia.
18. El terapéutico no puede solicitar ningún pago económico de fotocopias, materiales didácticos o cualquier otro que no sea el pago de consulta.
19. Ningún tipo de informe se podrá entregar por escrito sin el consentimiento de la institución que lo solicita, sin importar la confiabilidad dentro de la sesión, basado en el código ético del psicólogo.
20. No se proporcionarán nombres telefónicos, ningún tipo de información del terapéutico, así como no estará permitido audiotrabajar, videotrabajar o tomar fotografías durante el proceso terapéutico, a menos que el terapéutico lo autorice.



EL AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TIALNEPANTLA DE BAE
2023- 2024



• Hoja de entrevista inicial



EL AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TIALNEPANTLA DE BAE
2023- 2024

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



"2023, Año del Quincucentenario de la Fundación de Tlalaco de Lerma, Capital del Estado de México"

HOJA DE ENTREVISTA INICIAL

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	
EDAD	ESCOLARIDAD	OCCUPACIÓN	EXP. N°
SEXO	TURNO M.V.	RELIGIÓN	FECHA DE INGRESO
MOTIVO DE INGRESO:			
PROBLEMÁTICA:			
ESPECTATIVAS:			
SUGERENCIAS:			

CITA A ORIENTACIÓN EN GRUPO SI NO	TIPO DE PROBLEMA I II III
REINGRESO SI NO	AREAS
PASA AL SERVICIO DE:	I. SOMÁTICA
	II. MENTAL
	III. DE ROLES
	- PAREJA
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR:	- FAMILIA
	- OCUPACIONAL
	- SOCIAL



381





• Hoja frontal



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



"2022, Año del Quincucentenario de la Fundación de Texcoco de Lerdo, Capital del Estado de México"

HOJA FRONTAL

N° de expediente: _____

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Psicólogo (a) y/o psiquiatra tratante: _____

FECHA DE INASISTENCIA

DÍA	MES	AÑO

Fecha y motivo de alta: _____

Fecha y motivo de baja: _____

Diagnóstico (s): _____

382



• Historia clínica (página 1)



HISTORIA CLÍNICA

I. Ficha de identificación

Nombre: _____ N° de expediente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Religión: _____

Lugar de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Domicilio: _____

Calle N° Col. Municipio Tel.

II. Problemática actual:

III. Historia del consumo (sustancias utilizadas, edad de inicio, motivos, frecuencia, cantidad, combinación, efectos, periodos de abstinencia, síntomas, sobredosis, interrupciones, reanudación y tratamientos):

IV. Antecedentes:



• **Historia clínica (página 2)**



V. Historia del sujeto (concepción, embarazo, parto y desarrollo a los 3 años):

A) Desarrollo de la primera y segunda infancia (1 a 12 años): emocional, sexual, motricidad, lenguaje, alimentación, trastornos de hábitos, esfinteres, temores, enfermedades parecidas, accidentes, relaciones sociales y problemas más frecuentes:

B) Adolescencia (desarrollo físico, emocional, social, intereses, metas, experiencias e información sexual, conducta adaptativa, problemas más frecuentes, sueños y fantasías:

C) Juventud y madurez (temores, enfermedades físicas, trastornos psicológicos, aspectos sexuales y de pareja):

384





• **Historia clínica (página 3)**



VI. Historia escolar (edad de inicio, relaciones, problemas más frecuentes, rendimiento académico, relaciones sociales, cambios de escuela, motivos, intereses, suspensiones y conductas):

VII. Historia ocupacional (empleos, renuncias, motivos, intereses, relaciones con compañeros, situaciones laborales, principales problemas):

VIII. Historia familiar (psicograma y/o famiograma) (nombre, edad, escolaridad, ocupación, carácter)

A) Dinámica familiar (descripción del ambiente, límites, roles, jerarquía, historia de la pareja, tipo de problemas):



• **Historia clínica (página 4)**



IX. Examen mental (aparencia, lenguaje, conducta y pensamiento, orientación, afectos, psicomotricidad, conciencia, enfermedad, conducta adaptativa):

X. Diagnóstico y clasificación:

XI. Pronóstico:

XII. Tratamiento:

XIII. Contacto terapéutico:

386



M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TIALAMPANTLA DE RUIZ
2022 - 2024



• Hoja de referencia



M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TIALAMPANTLA DE RUIZ
2022 - 2024



"2022, Año del Quincentenario de Toluca, Capital del Estado de México".

HOJA DE REFERENCIA

FECHA: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

INSTITUCIÓN A LA QUE SE INDICA: _____

MOTIVO DE ENVÍO: _____

RESUMEN CLÍNICO: _____

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: _____

OBSERVACIONES: _____

PSICÓLOGO QUE ENVÍA



Nuevo Gobierno, *Nuevas Ideas*

Atención vía WhatsApp: 56 3622 0000



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Mtra. María Laura Andrade Alonso	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Psicología	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General



UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	OTORGAMIENTO DE TERAPIA PSICOLÓGICA EN CASOS JURÍDICOS Y REINSERCIÓN SOCIAL
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/DP/003

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS





> OBJETIVO

Brindar apoyo psicológico a personas canalizadas por el juzgado y que presenten situaciones jurídicas determinadas por la autoridad competente, con el objeto de proporcionar herramientas que conduzcan hacia una mejor calidad de vida logrando un sano ambiente biopsicosocial.

> ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud a través de la Jefatura de Departamento de Psicología, así como a las personas usuarias de este procedimiento.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- Ley General de Salud.
- Ley de Asistencia Social.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- Ley que crea a los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social de Carácter Municipal, Denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Código Ético del Psicólogo.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal DIF Tlalnepantla de Baz.
- NOM-004-SSSA3-2012. Del expediente clínico
- NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

> RESPONSABILIDADES

Procuraduría Municipal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, deberá:

Canalizar a las personas usuarias que requieran atención psicológica, derivado de procesos judiciales o por orden de autoridades competentes; enviar el informe remitido por la Jefatura de Departamento de Psicología a la autoridad competente; así como el avance de la persona usuaria.

Titular de la Jefatura de Departamento de Psicología, deberá:

Planear, organizar, instrumentar y ejecutar un programa de atención; asimismo generar acciones para la salud mental de las personas usuarias del servicio,

Establecer los mecanismos para el control, supervisión y evaluación de la eficiencia y eficacia de la calidad de la atención psicológica, que se brinda a las personas usuarias; así como Administrar, supervisar y organizar las actividades y horarios de las psicólogas(os) y del personal encargado de los centros, quienes son los responsables directos de la



administración de los recursos financieros, humanos, materiales y tecnológicos de dichos centros.

Auxiliar administrativo/psicóloga, deberá:

Agendar citas de los usuarios en el SMDIF, referidos de la Procuraduría Municipal de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes del SMDIF Tlalnepantla de Baz; así como realizar orientaciones a las personas que lo soliciten.

Psicólogas/os, deberán:

Brindar consultas de primera vez y subsecuentes a pacientes referidos por la Procuraduría Municipal de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes del SMDIF Tlalnepantla de Baz, durante su horario laboral y en apego a la normatividad vigente.

Dar seguimiento, custodiar e integrar los expedientes referentes a los casos de pacientes de psicología a su cargo; y elaborar los informes que solicite la Jefatura de Departamento de Psicología y la Procuraduría Municipal de Protección de Niños, Niños y Adolescentes del SMDIF Tlalnepantla de Baz.

Realizar e ingresar el cobro al área de ingresos de la recaudación de las cuotas de recuperación obtenidas por servicio de atención psicológica, en los casos que no se cuente con cajera(o) o encargada en su periférico.

Personal habilitado para cobro, deberá:

Realizar el cobro y entregar recibo de pago.

Usuarios(as), deberán:

Acudir a agendar su cita en el lugar y horario establecido y presentarse a su cita en el lugar y horario establecido.

➤ **GLOSARIO**

- **Atención psicológica:** Consultas a través de las cuales se brinda tratamiento a los pacientes respecto a sus procesos mentales, sus sensaciones, sus percepciones y su comportamiento, con el objeto de mejorar su relación con el medio ambiente físico y social que lo rodea.
- **Biopsicosocial:** Conceptualización que integra cuestiones biológicas, psicológicas y sociales de un ser humano.
- **Cuota de recuperación:** Cantidad que debe cubrir por la persona usuaria, por la prestación del servicio médico o médico especializado brindado por personal del SMDIF.
- **Diagnóstico:** Análisis mediante recabar datos que se realiza para la interpretación de una cierta condición.
- **Evaluación Psicológica:** Herramienta que se utiliza para realizar el diagnóstico del paciente, mediante, test, cuestionarios y otros instrumentos.





- **Historia Clínica:** Documento en el cual se recaban los antecedentes familiares, de pareja, así como padecimientos físicos del paciente.
Reporte de asistencia o reporte de avance terapéutico: Es un documento escrito, elaborado y firmado por el psicólogo, en el cual se presentan los resultados de una evaluación, con la finalidad de transmitir las conclusiones y un pronóstico sobre la persona evaluada.
- **Psicólogo:** Profesionalista adscrito vía nómina o convenio, adscrito a la Jefatura de Departamento de Psicología, que lleva a cabo el proceso terapéutico.
- **Personal habilitado para cobro:** Servidor(a) público que se encarga de realizar el cobro de la terapia, mediante un recibo.
- **Paciente:** La persona que es atendida por el psicólogo.
- **Trastorno:** Alteración en el funcionamiento de un organismo o de una parte de él, o en el equilibrio psíquico o mental de una persona.
- **Usuario:** Es la persona que pide informes para conocer los servicios.

➤ ACRÓNIMOS

- **INE:** Instituto Nacional Electoral.
- **NNA:** Niñas, Niños y Adolescentes.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

➤ INSUMOS

- Formatos de expedientes.
- Contrato de comodato de psicólogos.
- Pruebas psicológicas.
- Consultorios.

➤ RESULTADOS

Brindar atención psicológica a la población en situación de vulnerabilidad emocional que es canalizada a la Jefatura de Departamento de Psicología; para proporcionar herramientas que conduzcan a una mejor calidad de vida, logrando un sano ambiente biopsicosocial.

➤ POLÍTICAS

- Únicamente se brindará el servicio de atención psicológica, a personas que sean canalizadas a través de la Procuraduría Municipal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes del Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz.
- Al inicio del proceso terapéutico se suscribe un contrato terapéutico entre las partes involucradas.
- Cada sesión tendrá una cuota de recuperación de acuerdo al "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF", vigente.





- La cita tendrá una duración de cincuenta minutos a una hora, con una tolerancia de quince minutos para la persona usuaria, después de los cuales se generará un retardo. Tres retardos para tomar la sesión correspondiente, será equivalentes a una falta y dos faltas ocasionarán baja del servicio.
- Las evaluaciones solicitadas (en caso de niños, niñas y/o adolescentes) serán otorgadas cumpliendo un mínimo de tres a cinco sesiones con duración de cincuenta minutos cada una.
- A petición de alguna autoridad, por medio escrito, se puede realizar la exención del pago al usuario, considerando a los pacientes más vulnerables.
- No se emite ningún reporte de asistencia o reporte de avance terapéutico a menos que sea solicitado por alguna autoridad o institución vía oficio con visto bueno de la persona usuaria.
- No se realizará cobro extra por la realización de evaluaciones.
- Se emite reporte de asistencia o reporte de avance terapéutico, solicitado por la persona usuaria, autoridad o institución la cual deberá tener visto bueno de la persona usuaria y esta petición será mediante oficio.
- Se establecen las medidas de confidencialidad, dentro del proceso terapéutico, mediante el contrato terapéutico firmado por ambas partes.
- Cuando los encargados(as) de los Centros y/o psicólogos(as); identifiquen riesgos o problemas en pacientes de psicología, que requieran de la atención jurídica, conforme a las disposiciones aplicables; tendrán que informarle a la persona titular de la Jefatura de Departamento de Psicología para la canalización al área correspondiente.
- La persona titular de la Jefatura de Departamento de Psicología, será responsable de coadyuvar con la Dirección Jurídica y la Jefatura de Departamento de Recursos Financieros y Control Presupuestario, en lo referente a contratos por comodato con psicólogo(as); para así brindar un mejor servicio y tener una mayor cobertura.
- La persona titular del Departamento de Psicología, tendrá que canalizar para su atención psicológica al interior de la unidad administrativa a su cargo, a las personas usuarias, referidas por la Procuraduría Municipal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, cuando así lo solicite la autoridad jurídica o administrativa.
- La atención psicológica está sujeta a disponibilidad de espacios.
- En caso que las terapias psicológicas se brinden en los Centro Psicoeducativo o Centro Psicopedagógico, sea el caso; los encargados(as) de los Centros en comento, elaboraran:
 - ✓ Los informes que solicite la Jefatura de Departamento de Psicología, referente a los casos jurídicos canalizados.
 - ✓ Supervisar, custodiar y dar seguimiento a la integración de los expedientes referentes a los casos de pacientes de psicología de su centro.
 - ✓ Realizar e ingresar el cobro de los ingresos obtenidos por cuotas de recuperación por servicio de atención psicológica de su centro.
- La Jefatura de Departamento de Ingresos, es el encargado de realizar la conciliación de los recursos propios recaudados a través del servicio de Psicología.





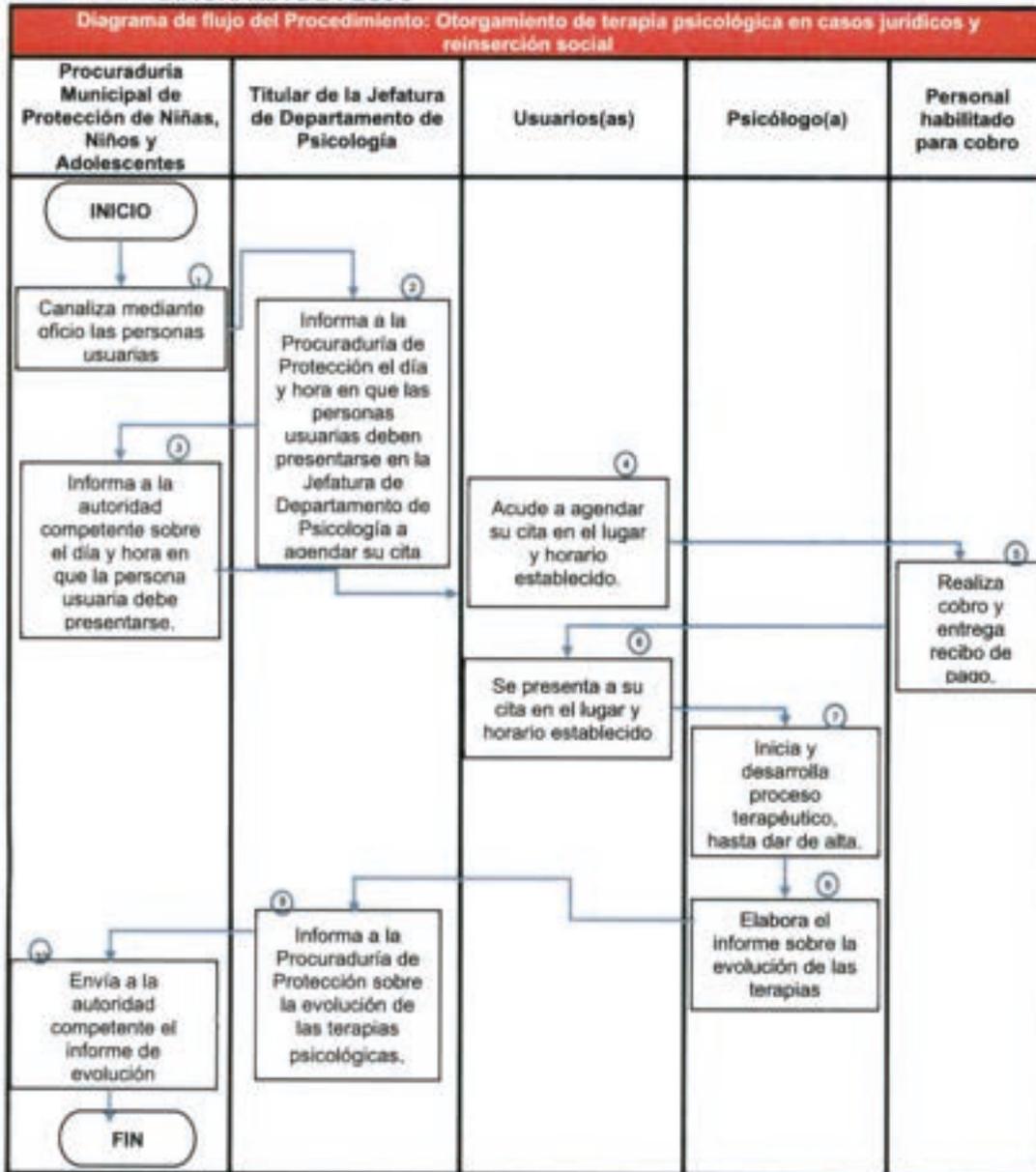
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Procuraduría Municipal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes	1	Canaliza mediante oficio a las personas usuarias.
Titular de la Jefatura de Departamento de Psicología	2	Informa a la Procuraduría Municipal de Protección de NNA, el día y hora en que las personas usuarias deben presentarse a la Jefatura de Departamento de Psicología a agendar su cita.
Procuraduría Municipal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes	3	Informa a la autoridad competente sobre el día y hora en que la persona usuaria debe presentarse a la programación de su cita, para notificarlo a la Jefatura de Departamento de Psicología.
Usuarios(as)	4	Acude a agendar su cita en el lugar y horario establecido.
Personal habilitado para cobro	5	Realiza el cobro y entrega recibo de pago.
Usuarios(as)	6	Se presenta a su cita en el lugar y horario establecido.
Psicólogo(a)	7	Inicia y desarrolla proceso terapéutico, hasta dar de alta a la persona usuaria.
Psicólogo(a)	8	Elabora el informe sobre la evolución de las terapias psicológicas.
Titular de la Jefatura de Departamento de Psicología	9	Informa a la Procuraduría Municipal de Protección de NNA, sobre la evolución de las terapias psicológicas.
Procuraduría Municipal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes	10	Envía a al juzgado el informe de evolución de las terapias psicológicas.
FIN		





> **DIAGRAMA DE FLUJO**



396





➤ **FORMATOS**

- **Oficio de solicitud de cita**



397



AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAXIAPA DE BAZ
2022-2024



• **Oficio de respuesta**



AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAXIAPA DE BAZ
2022-2024



"2022. Año del Quincentenario de Toluca, Capital del Estado de México".

Oficio No: AP/.../2022
Tlaxiapa de Baz, México
24/Marzo/2022

A QUIEN CORRESPONDA

Por este medio, reciba un cordial saludo de quien suscribe y al mismo tiempo en contestación al **Oficio Número:** ____, relacionado con el **Oficio** ____, en el que solicita atención psicológica para los **C.C.** ____, esta ordenado por el Juzgado Noveno Familiar de Tlaxiapa de Baz, las terapias psicológicas deberán realizarse por dos meses, debiendo informar los avances psicológicos de manera semanal a la Procuraduría con el propósito de que se pueda determinar si los antes mencionados, puedan convivir con la menor de identidad resguardada de iniciales ____.

En base a lo antes expuesto, me permito informarle los datos de la cita:

Fecha:

Hora:

Lugar:

Psicóloga:

Cuota de recuperación: \$100.00 pesos por sesión.

Sin más por el momento, quedo a sus órdenes para cualquier duda o comentario.

ATENTAMENTE,

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



Nuevo Gobierno, *Nuevas Ideas*

Atención vía WhatsApp: 56 3622 0000

397

Nuevo Gobierno, *Nuevas Ideas*

@GovTlaxi - 56 3622 0000



• **Contrato terapéutico**



CONTRATO TERAPÉUTICO

A las personas solicitantes del servicio de Tratamiento Psicológico dentro del Sistema Municipal DIF Tlalnepantla de Baj, al igual que al personal que labora en el mismo, para lograr el óptimo aprovechamiento de los servicios otorgados.

1. Todo solicitante atenderá cita de manera puntual. En caso de no haber espacios disponibles, el solicitante deberá anotarse en **LISTA DE ESPERA**. Todo usuario se atenderá únicamente con previa cita.
2. Los casos que se encuentren fuera del área de atención por Centro, serán **CANALIZADOS** al Subsistema o Centro Periférico más cercano con la orientación de este trabajador social, auxiliar del área o responsable del Departamento.
3. Las **EVALUACIONES** realizadas (en caso de niños, niñas y adolescentes) serán otorgadas cumpliendo un mínimo de 3 sesiones con duración de 50 minutos cada una. Posteriormente se le indicará la fecha de entrega.
4. Una vez asignado el **NORARIO** y día de la cita, solo podrá modificarse si esta terapia cuenta con disponibilidad de espacios para realizar el cambio.
5. El costo de la **CUOTA DE RECUPERACIÓN** es por sesión. Toda consulta tiene un **COSTO** de **\$100.00 M.N.** (consultas, horarios flexibles), el cual tendrá que cubrirse al momento de agendar la cita.
En el caso de pacientes que al momento de la sesión se vean, recuperen o con esta terapia según sea el caso, **ANTES** de recibir el servicio, deberán entregar el recibo de pago a su terapia antes de iniciar la sesión.
6. En cualquiera de los casos anteriores, y sea quien sea que efectúe el cobro, se debe entregar al paciente obligatoriamente el recibo de pago correspondiente a la cuota establecida (**\$100.00 M.N.**); y el costo de la consulta fuera de horario, deberá respaldarse por el informe de estudio socioeconómico y las copias de comprobantes de gastos y anexos al expediente.
7. Si no se entrega el recibo de pago al momento de la consulta será **GRATUITA** y el hecho podrá ser denunciado por el mismo.
8. Las sesiones a las que el paciente **FALTE** sin justificación y sin previo aviso (24 horas antes de la sesión), se cobrará por pérdidas, no serán repuestas por parte del trabajador y no habrá reembolso monetario.
9. Las sesiones a las que el paciente no acude (excepto vacaciones, días festivos, permisos con previo aviso, juntas en DIF Central o asistencia a jornadas o eventos DIF), serán repuestas por el mismo o menos que el paciente no comparezca con el horario para reposición, cancelándose la sesión únicamente si no repuesta.
10. Las sesiones tienen una **DURACIÓN** de 50 minutos cada una, con una **TOLERANCIA** de 10 minutos. El tiempo que el paciente llegue tarde se le descontará sobre el tiempo total de la sesión, sin la posibilidad de reposición siempre y cuando sea durante los primeros 20 minutos, ya que a los **30 minutos** después de la hora de inicio de sesión se **cancelará** la consulta.
11. El tiempo que el paciente tarde al inicio de sesión, tendrá que ser repuesto el mismo día o en otro día convenido con el paciente.
12. La cita tendrá una tolerancia de **15 minutos** después de los cuales se generará un **relevo**, **dos relevo** serán equivalentes a una falta y una falta ocasionará la **BAJA** del servicio, una vez que se dé la baja del servicio, no se atenderá en previa cita. Asimismo, **3 cancelaciones injustificadas**, generarán **BAJA** del servicio.
13. En el caso de pacientes que necesiten tratamiento o estudios especiales (diagnóstico psicológico, valoración de aptitud intelectual, electroencefalograma, etc.) tendrán tiempo límite (a consideración del trabajador encargado) para traer resultados, ya que es en beneficio del paciente e indispensable para continuar con el tratamiento.
14. Los padres y/o tutores de los pacientes se deberán comprometer a sugerencias del trabajador, en las actividades que se realicen en el Centro (juegos, talleres, etc.) así como se realicen fuera del horario de la terapia y cumplirá estas en todo momento. De igual forma, estos pacientes se comprometerán a cumplir puntualmente con las tareas o actividades que esta Terapia designe como complemento del tratamiento, ya que, de no ser así, esta Terapia considerará si se continúa o no con el proceso terapéutico.
15. Los pacientes al igual que el trabajador, deberán presentarse en **ADECUADAS CONDICIONES DE HIGIENE Y SEGURIDAD LAS MEDIDAS SANITARIAS ESTABLECIDAS**, asimismo, ambos partes deberán conducirse de manera respetuosa y responsable. Si ocurre algún tipo de agresión física o verbal, en ese momento se cancela la sesión y se formarán las medidas pertinentes.
16. En el caso de los niños, los padres y/o tutores estarán obligados a **permanecer dentro** del Centro durante la terapia.
17. El trabajador no puede recibir ningún pago económico de fotografías, materiales didácticos o cualquier otro que no sea el pago de consulta.
18. Ningún tipo de informe se podrá entregar por escrito sin un consentimiento de la institución que lo redacta, sin transgredir la confidencialidad dentro de la sesión, basado en el código ético del psicólogo.
19. No se proporcionarán nombres telefónicos, ni ningún tipo de información del trabajador, así como no estará permitido autorizar, integrar o tomar fotografías durante el proceso terapéutico, a menos que el trabajador lo autorice.



AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAXIAPA DE SAIZ
2022-2024



• Hoja de entrevista inicial



AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAXIAPA DE SAIZ
2022-2024

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



"2022, Año del Quincucentenario de la Fundación de Toluca de Lerdo, Capital del Estado de México"

HOJA DE ENTREVISTA INICIAL

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	
EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	EXP. N°
SEXO	TURNO M.V.	RELIGIÓN	FECHA DE INGRESO
MOTIVO DE INGRESO:			
PROBLEMÁTICA:			
ESPECTATIVAS:			
SUGERENCIAS:			

CITA A ORIENTACIÓN EN GRUPO SI NO	TIPO DE PROBLEMA I II III
REINGRESO SI NO	AREAS
PASA AL SERVICIO DE:	I. SOMÁTICA
	II. MENTAL
	III. DE ROLES
	- PAREJA
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR:	- FAMILIA
	- OCUPACIONAL
	- SOCIAL



400



EL AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAXIAPA DE SAN
2023- 2024



• **Hoja frontal**



EL AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAXIAPA DE SAN
2023- 2024

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



"2023, Año del Quincucentario de la Fundación de Toluca de Lerdo, Capital del Estado de México"

HOJA FRONTAL

N° de expediente: _____

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Psicólogo (a) y/o psiquiatra tratante: _____

FECHA DE INASISTENCIA

DÍA	MES	AÑO

Fecha y motivo de alta: _____

Fecha y motivo de baja: _____

Diagnóstico (s): _____



• Historia clínica (página 1)



HISTORIA CLÍNICA

I. Ficha de identificación

Nombre: _____ N° de expediente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Religión: _____

Lugar de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Domicilio: _____

Calle _____ N° _____ Col. _____ Municipio _____ Tel. _____

II. Problemática actual:

III. Historia del consumo (sustancias utilizadas, edad de inicio, motivos, frecuencia, cantidad, combinación, efectos, periodos de abstinencia, síntomas, sobredosis, interrupciones, reanudación y tratamientos):

IV. Antecedentes:



• **Historia clínica (página 2)**



VI. Historia escolar (edad de inicio, relaciones, problemas más frecuentes, rendimiento académico, relaciones sociales, cambios de escuela, motivos, intereses, suspensiones y conductas)

VII. Historia ocupacional (empleos, renuncias, motivos, intereses, relaciones con compañeros, situaciones laborales, principales problemas)

VIII. Historia familiar (psicograma y/o familiograma) (nombre, edad, escolaridad, ocupación, carácter)

A) Dinámica familiar (descripción del ambiente, límites, roles, jerarquía, historia de la pareja, tipo de problemas)



• **Historia clínica (página 3)**



VI. Historia escolar (edad de inicio, relaciones, problemas más frecuentes, rendimiento académico, relaciones sociales, cambios de escuela, motivos, intereses, suspensiones y conductas):

VII. Historia ocupacional (empleos, renuncias, motivos, intereses, relaciones con compañeros, situaciones laborales, principales problemas):

VIII. Historia familiar (psicograma y/o familograma) (nombre, edad, escolaridad, ocupación, carácter)

A) Dinámica familiar (descripción del ambiente, límites, roles, jerarquía, historia de la pareja, tipo de problemas):

404



• **Historia clínica (página 4)**



IX. Examen mental (aparición, lenguaje, conducta y pensamiento, orientación, afectos, psicomotricidad, conciencia, enfermedad, conducta adaptativa)

X. Diagnóstico y clasificación:

XI. Pronóstico:

XII. Tratamiento:

XIII. Contacto terapéutico:



AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TALAEPANTLA DE BAZ
2022-2024



• Hoja de referencia (canalización)



AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TALAEPANTLA DE BAZ
2022-2024



"2022, Año del Quincucentenario de Toluca, Capital del Estado de México".

HOJA DE REFERENCIA

FECHA: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

INSTITUCIÓN A LA QUE SE INDICA: _____

MOTIVO DE ENVÍO: _____

RESUMEN CLÍNICO: _____

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: _____

OBSERVACIONES: _____

PSICÓLOGO QUE ENVÍA



Nuevo Gobierno, *Nuevas Ideas*





AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLANEPANTLA DE BAZ
2022- 2024



• Informe de evolución de la terapia psicológica



AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLANEPANTLA DE BAZ
2022- 2024



"2022. Año del Quincentenario de Toluca, Capital del Estado de México".

Oficio No: AP/MLAA/000/2022
Tlalnepantla de Báz, México
00/00000/2022

LIC. VIANEY MÉNDEZ NIETO
PROCURADORA MUNICIPAL DE PROTECCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS
Y ADOLESCENTES DEL SMDF DE TLANEPANTLA DE BAZ.
PRESENTE

Por este medio reciba un cordial saludo de quien suscribe, y al mismo tiempo
anexo el presente infome elaborada por la LIC. G. A. R., con número de
cédula profesional 0000000, relacionado con los C.C. Y. A. F. E. Y. C. J. R. G.
esto ordenado la licenciada G. H. J., Primer secretario de Acuerdos Del
Juzgado Quinto Familiar De Cuauhtlón México.

Sin más por el momento, quedo a sus ordenes para cualquier ampliación e
actualización de esta información.

ATENTAMENTE

MTRA. MARÍA INÉS ANDUJAR
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE



C.C.P. Andujar



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Mtra. María Laura Andrade Alonso	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Psicología	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General



UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CURSOS DE VERANO O DINÁMICA INFANTIL PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/DP/004

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS





> OBJETIVO

Proporcionar esparcimiento infantil durante las vacaciones de verano a niñas, niños y adolescentes de 4 a 12 años de edad, de manera recreativa con la ayuda de juegos, dinámicas, deporte, manualidades, cocina y baile.

> ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud a través de la Jefatura de Departamento de Psicología, así como a los usuarios que soliciten el servicio.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- Ley General de Salud.
- Ley de Asistencia Social.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios.
- Ley que crea a los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social de Carácter Municipal, Denominados "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia".
- Código Ético del Psicólogo.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal DIF Tlalnequintla de Baz.
- NOM-004-SSSA3-2012. Del expediente clínico
- NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

> RESPONSABILIDADES

Titular de la Dirección de Salud, deberá:

Dar visto bueno al programa de cursos de verano o dinámica infantil

Titular de la Jefatura de Departamento de Psicología, deberá:

Coordinar, planear, organizar y supervisar el proceso y ejecución del curso de verano o dinámica infantil; así como informar a la Dirección de Salud, sobre la planeación, ejecución y resultados del curso de verano o dinámica infantil.

Encargados(as) de los Centros, deberán:

Apoyar en la planeación y organización del curso de verano o dinámica infantil; supervisar la adecuada realización de los cursos de verano o dinámica infantil; informar a la Jefatura de Departamento de Psicología sobre la ejecución y resultados de las actividades; así como entregar ingresos y recibos de pago a la Jefatura de Departamento Ingresos, con previa autorización de la persona titular de la Jefatura de Departamento de Psicología.



Psicólogos(as), deberán:

Apoyar en la planeación y organización del curso de verano o dinámica infantil; así como realizar las actividades y programa de trabajo del curso de verano o dinámica infantil.

Usuario(a), deberá:

Realizar el pago e inscripción a curso de verano o dinámica infantil.

> **GLOSARIO**

- **Beneficiario(a):** Persona que recibe el servicio de curso de verano o dinámica infantil.
- **Cuota de recuperación:** Cantidad que debe cubrir la persona usuaria por la prestación del servicio de curso de verano o dinámica infantil.
- **Curso de Verano:** Talleres dirigidos a niñas, niños y adolescentes, con el objeto de fomentar el sano esparcimiento y la recreación durante el periodo vacacional escolar.
- **Esparcimiento:** Diversión o distracción, en especial para descansar o alejarse por un tiempo de las actividades cotidianas.
- **Recreativo:** Destinado a divertir o entretener.

> **ACRÓNIMOS**

- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlaxiapan de Baz.

> **INSUMOS**

- Volantes.
- Folletos.
- Lonas.
- Papelería.
- Formatos de lista de asistencia.
- Material didáctico.
- Credencial de identificación.
- Carta responsiva.
- Recibos.

> **RESULTADOS**

Proporcionar esparcimiento infantil durante las vacaciones de verano; a niñas, niños y adolescentes de 4 a 12 años de edad, de manera recreativa a través de juegos, dinámicas, deporte, manualidades, cocina, baile, etc.



> POLÍTICAS

- La convocatoria se emitirá por medio de redes sociales y en los centros psicopedagógico "San Javier" y psicoeducativo "Zona Oriente", estas serán emitidas en el mes de julio o agosto de acuerdo a las vacaciones de verano
- EL curso de verano o dinámica infantil tiene una duración de 1 a 2 semanas, en un horario de 9:00 am a 13:00 horas
- Los beneficiarios se deben de conducir de forma respetuosa, puntual y ordenada.
- Los beneficiarios deberán presentarse los días y hora acordados al del curso de verano o dinámica infantil.
- El curso de verano o dinámica infantil, tiene una cuota de recuperación de acuerdo como lo establece el "Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados por el SMDIF", vigente; el cual deberá cubrirse al inicio del curso.
- Los beneficiarios deben firmar la carta responsiva para poder recibir el servicio de cursos de verano o dinámica infantil.
- Los padres o tutores deberán mostrar la credencial respectiva, para poder recoger al niño, niñas y adolescente después de la realización del curso de verano o dinámica infantil.
- Se debe entregar copia del recibo de pago del beneficiario.
- Los beneficiarios del curso de verano o dinámica infantil tendrán que tener de 4 a 12 años de edad.
- Concluido el curso de verano o dinámica infantil las y los encargadas de los Centros, deben ingresar el total de la cuota de recuperación a la Jefatura de Departamento de Ingresos con sus respectivos recibos.





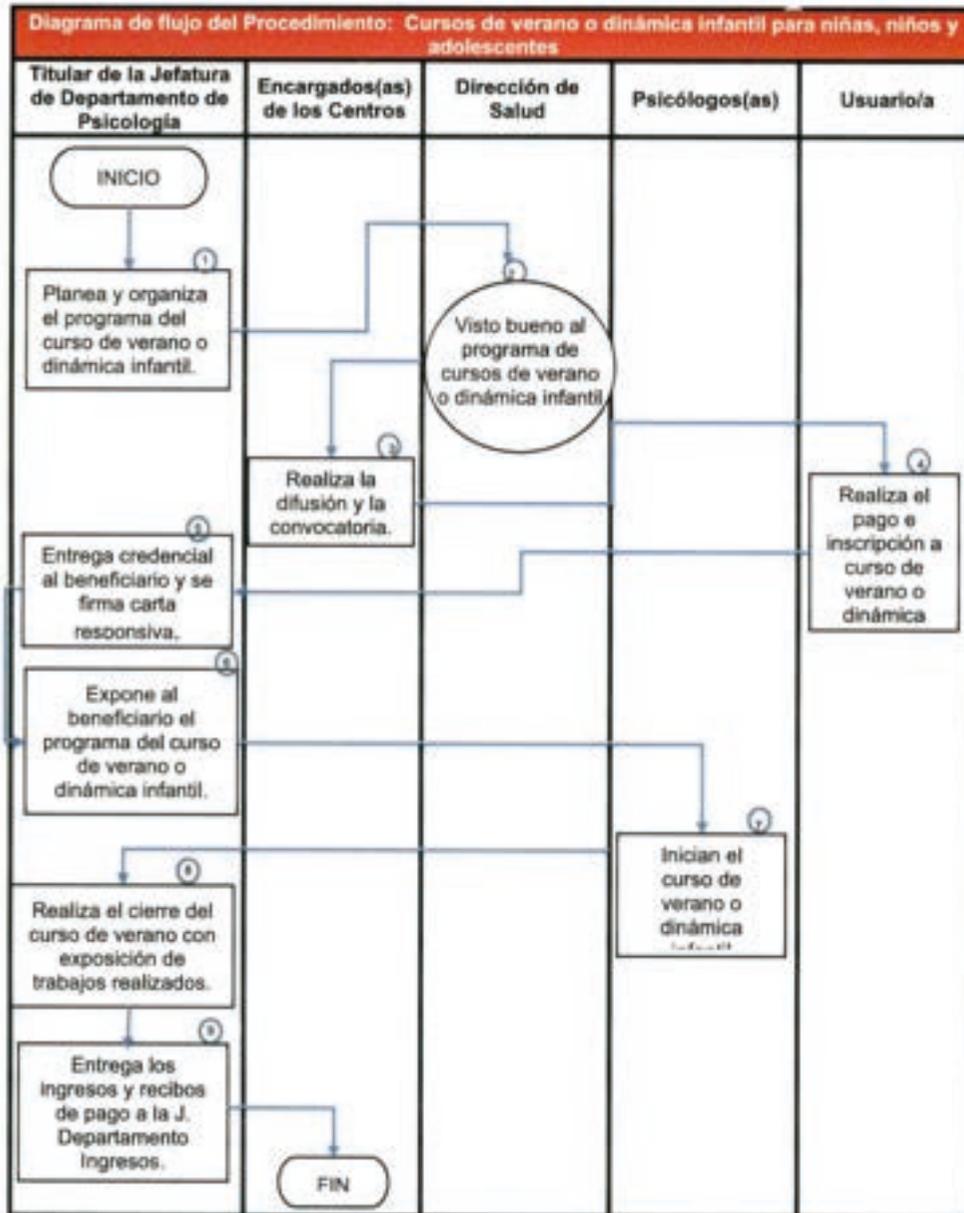
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad o cargo responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Titular de la Jefatura de Departamento de Psicología	1	Planea y organiza el programa del curso de verano o dinámica infantil.
Titular de la Dirección de Salud	2	Da visto bueno al programa de cursos de verano o dinámica infantil.
Encargados(as) de los Centros	3	Realizan la difusión y convocatoria.
Usuario(a)	4	Realiza el pago e inscripción a curso de verano o dinámica infantil.
Titular de la Jefatura de Departamento de Psicología	5	Entrega credencial al beneficiario y se firma carta responsiva.
Titular de la Jefatura de Departamento de Psicología	6	Expone al beneficiario el programa del curso de verano o dinámica infantil.
Psicólogos(as)	7	Inician el curso de verano o dinámica infantil.
Titular de la Jefatura de Departamento de Psicología	8	Realiza el cierre del curso de verano o dinámica infantil con exposición de trabajos realizados.
Encargados(as) de los Centros	9	Entrega ingresos y recibos de pago a la Jefatura de Departamento Ingresos, con previa autorización de la persona titular de la Jefatura de Departamento de Psicología.
FIN		





> DIAGRAMA DE FLUJO

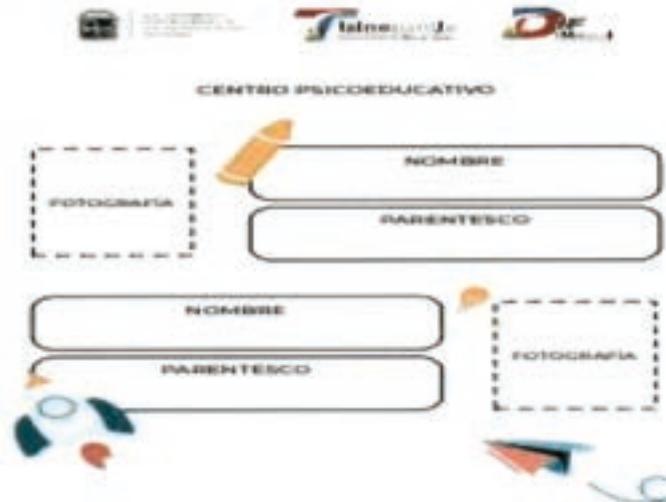




EL AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLANEPANTLA DE BAZ
2021 - 2024



• Credencial de identificación



417



H. GOBIERNO
CONSTITUCIONAL
DE TOLUCA DE MEXICO
2022 - 2024



• Carta responsiva



H. GOBIERNO
CONSTITUCIONAL
DE TOLUCA DE MEXICO
2022 - 2024



"2022. Año del Quincentenario de Toluca, Capital del Estado de México".

**CARTA RESPONSIVA
PARA ACTIVIDADES EXTERNAS**

CURSO DE VERANO 2018
PSICOLOGIA



NOMBRE DEL MENOR

(APELLIDO PATERNO) (APELLIDO MATERNO) NOMBRE(S) EDAD

CALLE COLONIA MUNICIPIO C.P. TEL.

AUTORIZO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE MI HIJO (A) ASISTA AL CURSO DE VERANO DE PSICOLOGIA 2018 DE EL SISTEMA MUNICIPAL DIF EN TOLUCA DE MEXICO

ASÍ MISMO AUTORIZO AL PERSONAL ACTUANTE DE EL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN TOLUCA DE MEXICO PARA QUE EN CASO DE QUE MI HIJO (A) SUFRA ALGUN ACCIDENTE O SUFRA ALGUN EMPEÑO DURANTE LAS ACTIVIDADES DEL CURSO DE VERANO 2018 SEA TRASLADADO AL SERVICIO MEDICO QUE SE CONSIDERE MAS ADECUADO EN LA INTENCION DE QUE LOS GASTOS MEDICOS QUE POR TAL MOTIVO SE GENEREN SEAN CUBIERTOS EN SU TOTALIDAD POR EL SUBSCRIBIDO DESARROBANDO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD YA SEA CIVIL, PENAL, O DE CUALQUIER OTRO TIPO DEL PERSONAL ACTUANTE DE EL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN TOLUCA DE MEXICO Y EN CONSECUENCIA RENUNCIANDO EL EJERCICIO DE CUALQUIER ACCION Y/O DERECHO QUE PUEDIERA CORRESPONERLE POR TAL MOTIVO.

TOCOS LOS DATOS ASERTADOS EN ESTE FORMATO SON FIDELICIONES

ANTECEDENTES MEDICOS

MI HIJO (A) PADECE:

ASMA () DIABETES () EPILEPSIA () OTROS ()

Es alérgico a:

Grupos Sanguíneos

Instituto o Médico que lo atiende

No. de Clínica o domicilio del médico

Teléfono de la Clínica

Nombre, Teléfono y Dirección del Padre o Tutor

Teléfono de emergencia 1.

2.

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

418



417

Nuevo Gobierno. *Nuevas Ideas*

Facebook Twitter Instagram YouTube @CobToluca 56 3622 0000



• Talón de pago

DIF DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS UNIDAD DE INGRESOS.
Tlalampantla de Ruiz **ORDEN DE SERVICIO**

CENTRO UBICADO EN: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DERMATOLOGÍA LABORATORIO OPTOMETRÍA

ODONTOLOGÍA MEDICINA GENERAL ORTOPEDIA

ENFERMERÍA MEDICINA INTERNA PEDIATRÍA

EXAMEN MÉDICO NUTRICIÓN PSICOLOGÍA

GASTROENTEROLOGÍA ODONTOLOGÍA RAYOS X

GINECOLOGÍA OPTALMOLOGÍA UROLOGÍA

ESPECIALISTA: _____

RESPONSIVA: _____

FOLIO N° _____

> VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
Mtra. María Laura Andrade Alonso	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Psicología	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General



h) JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE CONTROL, ATENCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL

UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE CONTROL, ATENCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA PARA PERROS Y GATOS
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/DCAyBA/001

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS





> OBJETIVO

La Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal es la unidad administrativa responsable de Instrumentar las actividades para evitar la sobrepoblación animal (canina y felina).

Se tiene el objetivo de promover y ejecutar permanentemente campañas de esterilización, con la finalidad de reducir la sobrepoblación de perros y gatos en el municipio de Tlalnepantla de Baz.

> ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud a través de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, las y los ciudadanos de Tlalnepantla de Baz que soliciten el servicio de esterilización de perros y gatos.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Constitución del Estado Libre y Soberano de México.
- Reglamento del Libro Sexto del Código para la Biodiversidad del Estado de México Gaceta del Gobierno del Estado de México y sus reformas y adiciones.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz.
- Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz, Estado de México 2022 y sus reformas y adiciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-042-SSA2-2006, Prevención y control de enfermedades. Especificaciones sanitarias para los centros de atención canina. Publicada en el Diario Oficial de la Federación de Fecha 06 de noviembre de 2006, y sus reformas y adiciones.
- Guía para Organizar "Jornadas Intensivas y Permanentes de Esterilización Quirúrgica de Perros y Gatos en la Secretaría de Salud"

> RESPONSABILIDADES

Titular de la Dirección de Salud, deberá:

Recibir el oficio de petición del ciudadano(a) que solicita el servicio de esterilización.

Persona Titular del Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, deberá:

Contactar al solicitante para concertar día y hora de la jornada de esterilización; y especificar los requisitos para la recepción de animales; así como instruir al Médico Veterinario Zootecnista Coordinador de Esterilizaciones para la ejecución de la jornada de esterilización.



Departamento de Oficialía de Partes/Unidad de Control de Gestión; deberán:

Turnar el oficio de petición del ciudadano que solicita el servicio de esterilización, a la Persona Titular de la Dirección de Salud.

Administrativo de Dirección de Salud, deberá:

Recibe y acusa de recibido el oficio de petición para brindar el servicio de la jornada de esterilización.

Médico Veterinario Zootecnista-Coordinador de Esterilizaciones, deberá:

Instalar la jornada de esterilización; diagnosticar clínicamente a las mascotas de los dueños asistentes a la jornada de esterilización.

Determinar si el perro o gato es apto para la esterilización; realizar el registro de los animales aptos para esterilización; y recabar la firma responsiva de esterilización., por parte del ciudadano.

Médico Veterinario Zootecnista, deberá:

Realizar la anestesia de la mascota previamente con responsiva firmada (realizar la antisepsia del plano anatómico a incidir); así como proceder a la Ooforo Salpingo Histerectomía o a la Orquiectomía, según sea el caso.

➤ **GLOSARIO**

- **Animal:** Perro o gato.
- **Anestesia:** Procedimiento químico farmacológico disociativo necesario para el procedimiento quirúrgico.
- **Antisepsia:** Proceso que destruye los microorganismos de la piel o de las membranas mucosas mediante sustancias químicas, sin afectar sensiblemente a los tejidos sobre los cuales se aplica.
- **Ayuno:** Restricción total de la ingesta de alimentos sólidos y líquidos a perros y gatos, durante un periodo de 12 horas.
- **Diagnóstico:** Valoración clínica veterinaria mediante la cual se determina si un perro o gato es apto para el procedimiento quirúrgico de esterilización.
- **Esterilización:** Proceso por el cual se incapacita para su reproducción a un perro o a un gato mediante técnicas quirúrgicas (Ooforo Salpingo histerectomía, orquiectomía bilateral).
- **Oficialía de partes:** A la Unidad Administrativa del H. Ayuntamiento Constitucional de Tlalnepantla de Baz, encargada de recibir y turnar información o peticiones ciudadanas a las Unidad y Dependencias del Ayuntamiento y/a al SMDIF de Tlalnepantla de Baz.
- **Ooforo Salpingo Histerectomía:** Proceso quirúrgico indicado para la extracción de los órganos reproductores de la hembra.
- **Orquiectomía:** Proceso quirúrgico indicado para la extracción de los órganos reproductores del macho.



- **Unidad de Control de Gestión:** A la Unidad Administrativa del Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz, encargada de recibir y turnar información o peticiones ciudadanas a las Dependencias y Unidades Administrativas que conforman al SMDIF.

➤ INSUMOS

- Oficio de petición de Jornada de Esterilización, dirigido a la Titular de la Dirección de Salud.
- Promoción de la Jornada Médico Integral.
- Responsiva de Esterilización Quirúrgica.
- Material (torundas con jabón, yodo, alcohol y kritt; anestesia de uso veterinario, jeringas, agujas, sutura, gasas, instrumental quirúrgico, medicamento como antibiótico y analgésico).
- Mobiliario (carpa, mesas, sillas, posicionadores).

➤ RESULTADOS

Realizar la esterilización del perro o gato en las jornadas asistenciales o en consultorio fijo.

➤ POLÍTICAS

- Atender a la población del municipio de Tlalnepantla de Baz, que solicita el servicio con calidez y calidad.
- Utilizar métodos óptimos de esterilización para obtener buenos resultados de recuperación en los perros y gatos.
- Para la esterilización de perros y gatos, la persona deberá acudir:
 - ✓ Al lugar donde se realiza una Jornada Médico Integral, la cual será publicada en las páginas oficiales del SMIF previamente.
 - ✓ Directamente a la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal con dirección en: Calle Zacatecas No. 6, Col. Constitución de 1917, en el Municipio de Tlalnepantla de Baz, México.
- Horario de jornadas de 9:00 a 14:00 horas (la recepción de los animales será hasta 12:30 am o hasta el término de las fichas programadas).
- Para realizar la esterilización de perros y gatos, se requiere al animal con ayuno de 12 horas para evitar complicaciones antes, durante y después de la cirugía.
- No se recibirán hembras lactantes o recién paridas, ni animales menores de tres meses de edad, así como razas clasificadas como braquicefálicas, ni animales enfermos.
- La persona que presente al animal para la esterilización, deberá ser mayor de edad y firmar una responsiva de esterilización en la cual autorizará la realización del procedimiento quirúrgico a su perro o gato.
- Cuando se solicite el servicio de esterilización en la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, se pedirá un donativo en especie como artículos de limpieza, material de curación, o lo que la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal requiera en su momento.





➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

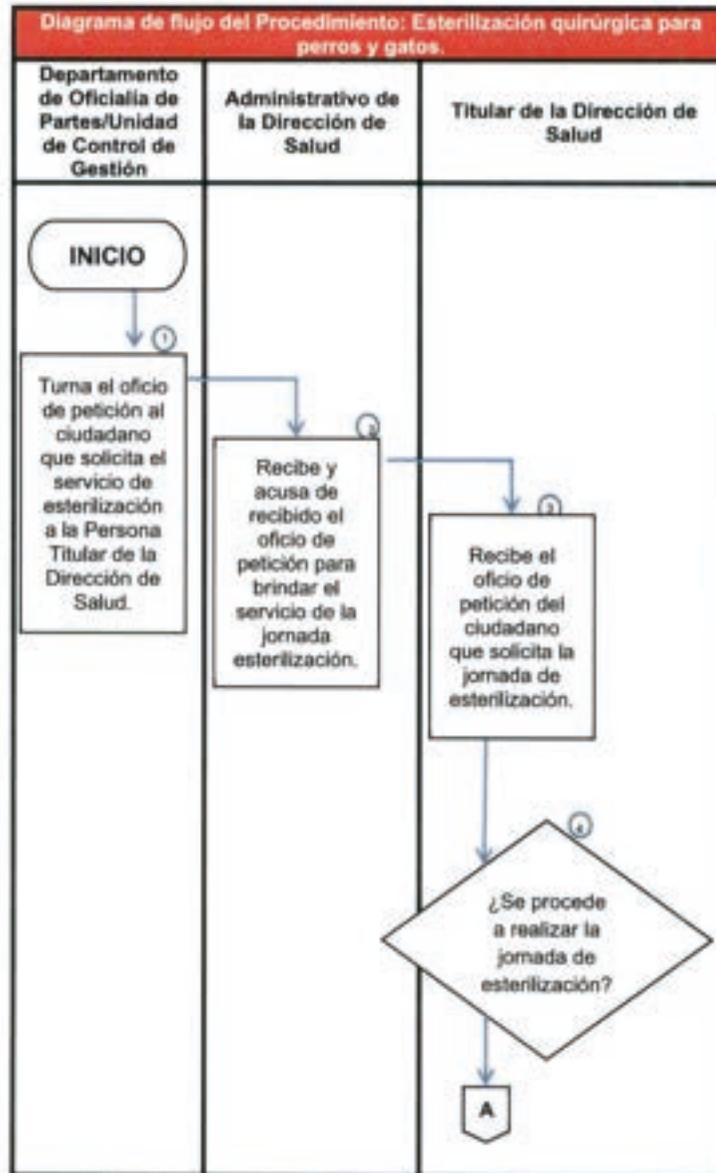
Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Departamento de Oficialía de Partes/Unidad de Control de Gestión	1	Turna el oficio de petición del ciudadano que solicita el servicio de esterilización a la Persona Titular de la Dirección de Salud.
Administrativo de Dirección de Salud	2	Recibe y acusa de recibido el oficio de petición para brindar el servicio de la jornada de esterilización.
Titular de la Dirección de Salud	3	Recibe el oficio de petición del ciudadano que solicita la jornada de esterilización.
Titular de la Dirección de Salud	4	¿Se procede a realizar jornada de esterilización?
Titular de la Dirección de Salud	5	No. Realiza oficio de contestación al ciudadano.
Titular de la Dirección de Salud	6	Si. Instruye a la Persona titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	7	Contacta al solicitante para concertar día y hora de la jornada de esterilización; y especifica los requisitos de recepción de animales.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	8	Instruye al Médico Veterinario Zootecnista Coordinador de Esterilizaciones para la ejecución de la Jornada de esterilización.
Médico Veterinario Zootecnista Coordinador de Esterilizaciones	9	Instala la Jornada de Esterilización.
Médico Veterinario Zootecnista Coordinador de Esterilizaciones	10	Diagnostica clínicamente a las mascotas de los dueños asistentes a la Jornada de esterilización.
Médico Veterinario Zootecnista Coordinador de Esterilizaciones	11	Determina si el perro o el gato son aptos para la esterilización.
Médico Veterinario Zootecnista Coordinador de Esterilizaciones	12	¿Se procede al registro de la mascota para la esterilización?
Médico Veterinario Zootecnista Coordinador de Esterilizaciones	13	No. No se procede a la esterilización y se le notifica al ciudadano.
Médico Veterinario Zootecnista Coordinador de Esterilizaciones	14	Si. Realiza el registro de los animales aptos para esterilización y el ciudadano firma responsiva de esterilización.
Médico Veterinario Zootecnista Coordinador de Esterilizaciones	15	Instruye al Médico Veterinario Zootecnista la esterilización de la mascota.



Médico Veterinario Zootecnista	16	Realiza la anestesia de la mascota previamente registrada. Realiza la antisepsia del plano anatómica a incidir.
Médico Veterinario Zootecnista	17	Procede a la Ooforo salpingo histerectomía u Orquiectomía, según sea el caso.
Médico Veterinario Zootecnista	18	Se entrega al perro o gato al dueño posterior a su recuperación de la anestesia (40 mins aprox.) y se brindan los cuidados postoperatorios que deberá tener con su mascota.
FIN		



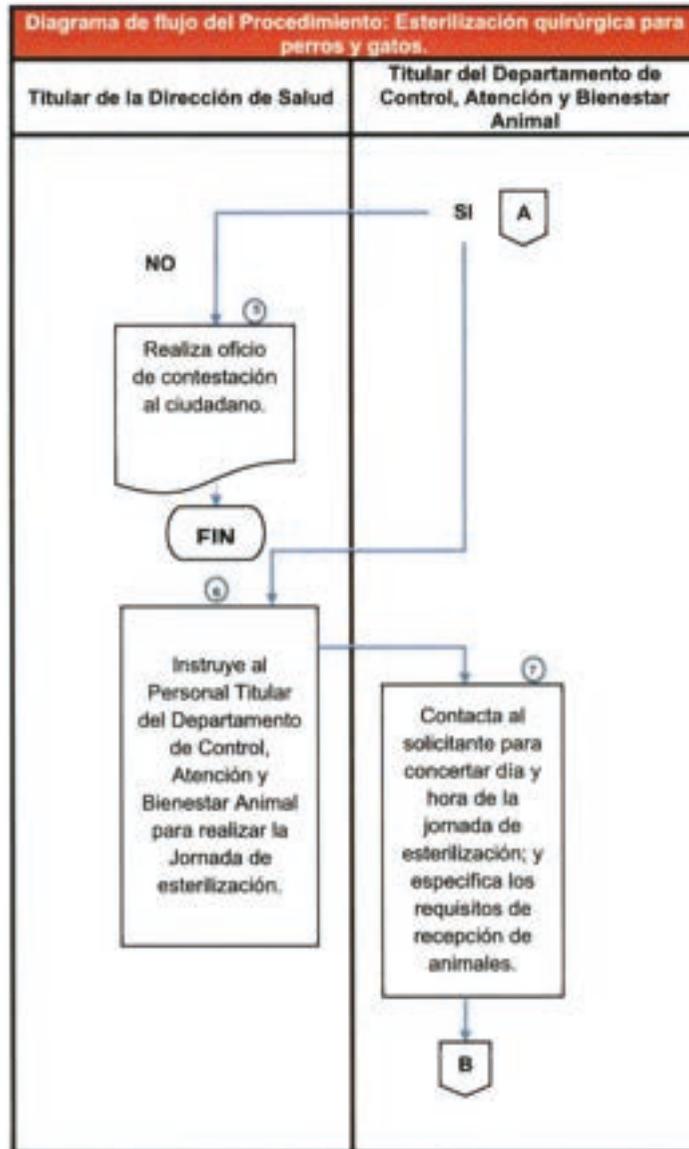
> **DIAGRAMA DE FLUJO**



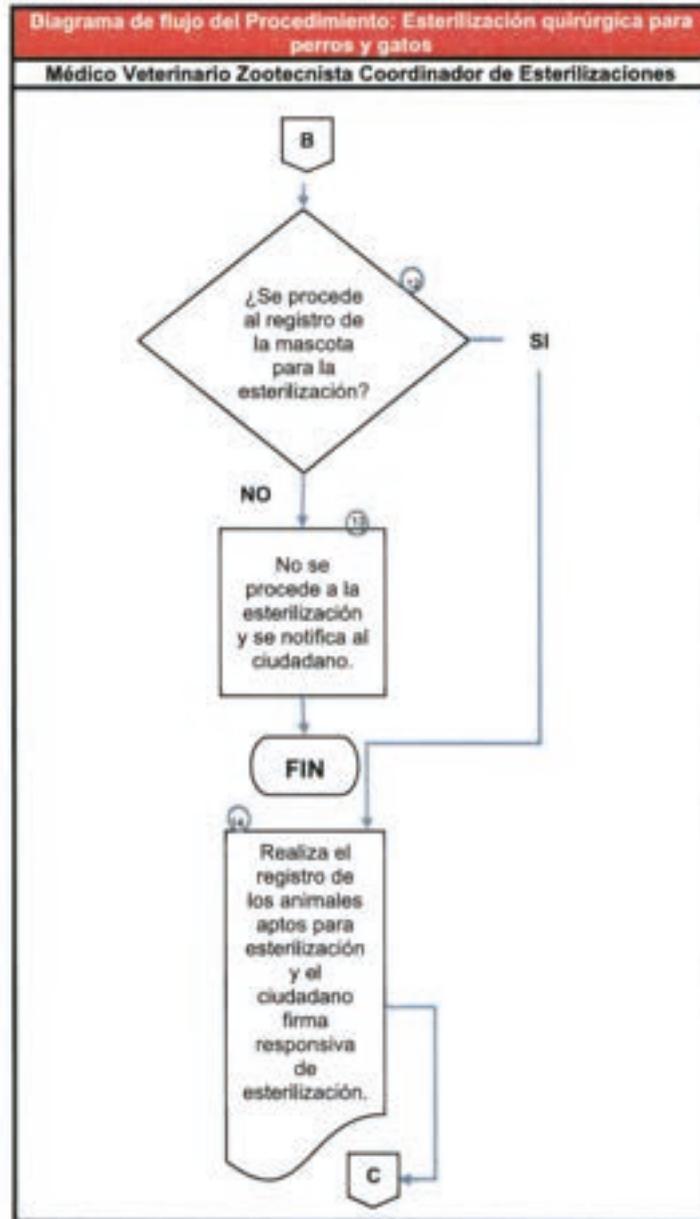
426

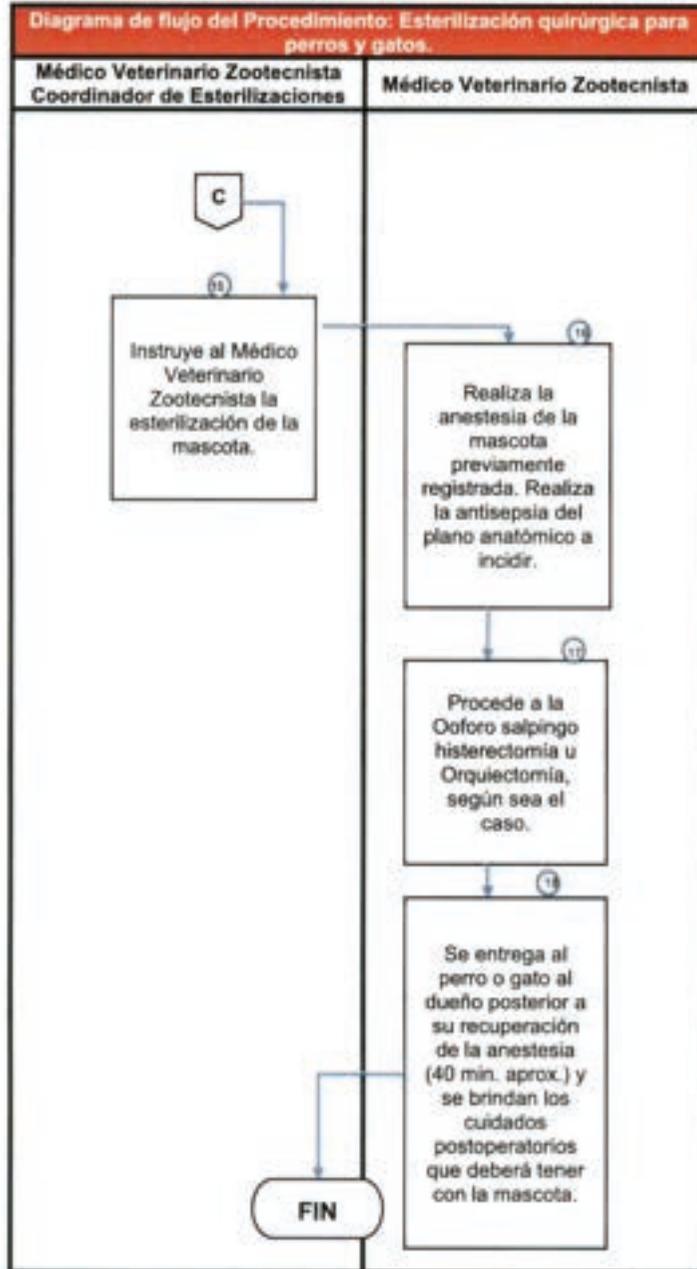


425



427







GOBIERNO DEL ESTADO DE MEXICO
SECRETARÍA DE SALUD
SECRETARÍA DE AGRICULTURA, GANADERÍA Y PESQUERÍA
SECRETARÍA DE ECONOMÍA



➤ **FORMATOS**

- **Responsiva de esterilización**



CAMPAÑA DE ESTERILIZACIÓN
CANINA Y FELINA GRATUITA



Responsiva de Esterilización

- FOLIO _____

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO
ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

ESTADO DE MEXICO

430



- Promoción de la Jornada Médico Integral

Jornada Médico Integral

Servicios gratuitos

SERVICIOS MÉDICOS

- Entrega de Alimentos y Vite
- Salud Oral
- Consulta Médica General
- Consulta Dental
- Laboratorio
- Vacunación
- Terapia de Ejercicio, Fisioterapia
- Colateral (con 6 horas de apoyo)
- Ejercicio con agua mineralizada
- Ejercicio de Yoga
- Toma de datos para magnetografía a mujeres mayores de 40 años

ATENCIÓN PSICOLÓGICA

- Programas de apoyo psicológico
- Aplicación del cuestionario de depresión

ADICCIONES

- Pruebas para detectar alcoholismo, tabaco
- Pruebas de adicciones

PROMOCIÓN DE FONDOS

- Información y registro de emprendedores
- Venta de productos

NUUESTRO CIVIL

- Información de Trámites y Servicios

MÓDULO DE ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN PARA LA FAMILIA Y LA MUJER

- Nutrición
- Atención e inclusión a la discapacidad sexual

ASERTOS MAYORES

- Información de actividades de la casa de bienestar para Adultos Mayores "Haciendo Hogar"

SEGURIDAD PÚBLICA

- Unidad Móvil de Atención a víctimas del delito
- Sala de Policía de Género
- Salud Ciudad
- Seguridad Vial
- Prevención Juvenil

SUSTENTABILIDAD AMBIENTAL

- Adopción de Animales

BIEN DE CULTURA Y ARTES

- Módulo de información de las casas de cultura

ESTERONES INFANTES

- Información sobre ESTERON infantes en Zona Costera

QUIMICO

- Atención Jurídica

CIUDAD

- Módulo de información del sector de agua potable

COVID-19

- Pruebas rápidas de Antígeno para la detección del virus SARS-CoV-2 (Covid-19)

VACUNACIÓN PREVENCIÓN DE CÁNCER

- Neumococo
- Hepatitis B
- Rotavirus

TALLERES DE COC

- Centro de trabajo
- Planificación de Cocina
- Cocina con verduras
- Recetas
- Preparación
- Elaboración de Salsas
- Chocolate
- Antiguas

ATENCIÓN ANIMAL

- Estrés, ansiedad, miedo y grito con el uso de agua
- Vacunación antirrábica

OPORTUNIDAD

- Examen de la vida por computadora, retroalimentación, información y difusión de la vida

TENENCIA DE LA TIENDA

- Información sobre la regulación de Prendas y Trámites

RED MUNICIPAL DE LA ADOLESCENCIA

- Módulo de información sobre acciones y actividades para los jóvenes

PROMOCIÓN ECONÓMICA

- Buro de Trabajo



1 de Julio

9:00 a 14:00 horas

Calle Argentina esq. con calle Brasil, Col. San Isidro Ixtahuatpec (Parque San Isidro Ixtahuatpec)





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
M.V.Z. David Luna Crisanto	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Control Atención y Bienestar Animal	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE CONTROL, ATENCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA Y DESPARASITACIÓN INTERNA DE PERROS Y GATOS
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/DCAyBA/002

INDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS



> OBJETIVO

La Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal es la Unidad Administrativa responsable de realizar en coadyuvancia, con las autoridades sanitarias, campañas permanentes y gratuitas de vacunación antirrábica a perros y gatos, expidiendo el certificado correspondiente debidamente autorizado.

El objetivo del procedimiento es prevenir la transmisión del virus rábico, con el fin de evitar esta enfermedad zoonótica, así como las enfermedades parasitarias para la protección de la salud de la población de Tlalnepantla de Baz.

> ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud a través de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, a las y los ciudadanos de Tlalnepantla de Baz que soliciten el servicio de vacunación antirrábica y desparasitación interna de perros y gatos.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ◆ Constitución del Estado Libre y Soberano de México.
- ◆ Reglamento del Libro Sexto del Código para la Biodiversidad del Estado de México, Gaceta del Gobierno del Estado de México y sus reformas y adiciones.
- ◆ Reglamento Interno del Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz.
- ◆ Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz, Estado de México.
- ◆ Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011, Prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos, Fracción 5.1.3. Publicada en el Diario Oficial de la Federación de Fecha 25 de enero de 1995, y sus reformas y adiciones.
- ◆ Norma Oficial Mexicana NOM-042-SSA2-2006, Prevención y control de enfermedades. Especificaciones sanitarias para los centros de atención canina. Publicada en el Diario Oficial de la Federación de Fecha 06 de noviembre de 2008, y sus reformas y adiciones.

> RESPONSABILIDADES

Titular de la Dirección de Salud, deberá:

Recibir el oficio de petición del ciudadano que solicita una Jornada de vacunación antirrábica y desparasitación interna de perros y gatos.

Instruir a la Persona Titular del Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal para realizar la Jornada de vacunación antirrábica y desparasitación interna de perros y gatos.





Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, deberá:

Contactar al solicitante para concertar el día y la hora de la Jornada de vacunación y desparasitación; y especificar los requisitos para la recepción de perros y gatos.

Instruir al Médico Veterinario Zootecnista Responsable para la ejecución de la Jornada de vacunación y desparasitación.

Departamento de Oficialía de Partes/Unidad de Control de Gestión, deberá:

Turnar el oficio de petición del ciudadano que solicita el servicio de Jornada de vacunación antirrábica y desparasitación a la Persona Titular de la Dirección de Salud.

Administrativo de la Dirección de Salud, deberá:

Recibir y acusar de recibido el oficio de petición para brindar el servicio de la Jornada de vacunación antirrábica y desparasitación.

Médico Veterinario Zootecnista Responsable, deberá:

Diagnosticar clínicamente a las mascotas de los dueños asistentes a la jornada de vacunación antirrábica y desparasitación; así como determinar si el perro o gato es apto para la vacunación antirrábica y/o desparasitación interna.

Médico Veterinario Zootecnista, deberá:

Aplicar la vacuna antirrábica intramuscular o subcutánea al perro o gato, de ser el caso; entregar al perro o gato ya vacunado con el certificado de vacunación antirrábica, de ser el caso; así como aplicar la desparasitante vía subcutánea al perro o gato.

➤ **GLOSARIO**

- **Departamento de Oficialía de partes:** A la Unidad Administrativa del H. Ayuntamiento Constitucional de Tlalnepantla de Baz, encargada de recibir y turnar información o peticiones ciudadanas a las Unidades y Dependencias del Ayuntamiento y/a al SMDIF de Tlalnepantla de Baz.
- **Inyección intramuscular:** Es el depósito de un líquido dentro del tejido muscular para su posterior absorción.
- **Inyección subcutánea:** Es el depósito de un líquido por debajo de la piel para su posterior absorción.
- **Unidad de Control de Gestión:** A la Unidad Administrativa del Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz, encargada de recibir y turnar información o peticiones ciudadanas a las Dependencias y Unidades Administrativas que conforman al SMDIF.
- **Vacuna:** Producto biológico que se inyecta al animal para prevenir enfermedades específicas.
- **Zoonosis:** Se dice de cualquier enfermedad propia de los animales que incidentalmente puede contagiarse a las personas.





> INSUMOS

- Oficio de petición de Jornada de vacunación dirigido a la Persona Titular de la Dirección de Salud.
- Certificado de vacunación antirrábica.
- Material (jeringas, agujas, vacuna antirrábica, hielera, refrigerantes, desparasitante).
- Mobiliario (carpa, mesas, sillas).
- Promoción de la Jornada Médico Integral.

> RESULTADOS

La vacunación antirrábica y desparasitación interna de perros y gatos, a través de las Jornadas Médico Integrales y en consultorio fijo.

> POLÍTICAS

- Atender a la población del municipio de Tlalnequintla de Baz que solicita al servicio con calidez y calidad.
- El solicitante deberá acudir para ser beneficiario de este servicio a:
 - ✓ El lugar donde se realiza una Jornada Médico Integral, la cual será publicada en las páginas oficiales del SMDIF, previamente. El Horario de Jornadas de vacunación antirrábica y desparasitación de perros y gatos será de 9:00 a 14:00 horas.
 - ✓ A la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal con dirección en: Calle Zacatecas No. 6, Col. Constitución de 1917, en el Municipio de Tlalnequintla de Baz, México.
- Los perros y gatos que requieran de la vacunación antirrábica, deberán ser mayores de 3 meses de edad y no presentar lesiones o enfermedades en curso.
- Los perros y gatos que requieran de desparasitación interna, deberán contar con los siguientes requisitos:
 - ✓ Mayores de 1 año de edad (Perros que no sean de raza pastor y no deberán presentar lesiones o enfermedades en curso)
- La persona que presente al animal para la vacunación antirrábica y/o desparasitación, deberá ser mayor de edad.
- El servicio es totalmente gratuito.





➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Departamento de Oficialía de Partes/Unidad de Control de Gestión	1	Toma el oficio de petición del ciudadano que solicita el servicio de Jornada de vacunación antirrábica y desparasitación a la Persona Titular de la Dirección de Salud.
Administrativo de la Dirección de Salud	2	Recibe y acusa de recibido el oficio de petición para brindar el servicio de la Jornada de vacunación antirrábica y desparasitación.
Titular de la Dirección de Salud	3	Recibe el oficio de petición del ciudadano que solicita la Jornada.
Titular de la Dirección de Salud	4	¿Se procede a realizar Jornada de vacunación antirrábica y desparasitación?
Titular de la Dirección de Salud	5	No. Realiza oficio de contestación al ciudadano.
Titular de la Dirección de Salud	6	Sí. Instruye a la Persona Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal para realizar la Jornada.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	7	Contacta al solicitante para concertar día y hora de la Jornada de vacunación antirrábica y desparasitación; y especifica los requisitos de recepción de animales.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	8	Instruye al Médico Veterinario Zootecnista Responsable para la ejecución de la Jornada de vacunación antirrábica y desparasitación.
Médico Veterinario Zootecnista Responsable	9	Instala la Jornada.
Médico Veterinario Zootecnista Responsable	10	Diagnostica clínicamente a las mascotas de los dueños asistentes.
Médico Veterinario Zootecnista Responsable	11	Determina si el perro o el gato es apto para la vacunación antirrábica y desparasitación.
Médico Veterinario Zootecnista Responsable	12	¿La mascota es apta para la vacunación y/o desparasitación?
Médico Veterinario Zootecnista Responsable	13	No. No se procede y se notifica al ciudadano.
Médico Veterinario Zootecnista Responsable	14	Sí. Se procede al llenado del certificado de vacunación antirrábica.
Médico Veterinario Zootecnista Responsable	15	Instruye al Médico Veterinario Zootecnista la vacunación antirrábica y desparasitación de la mascota.



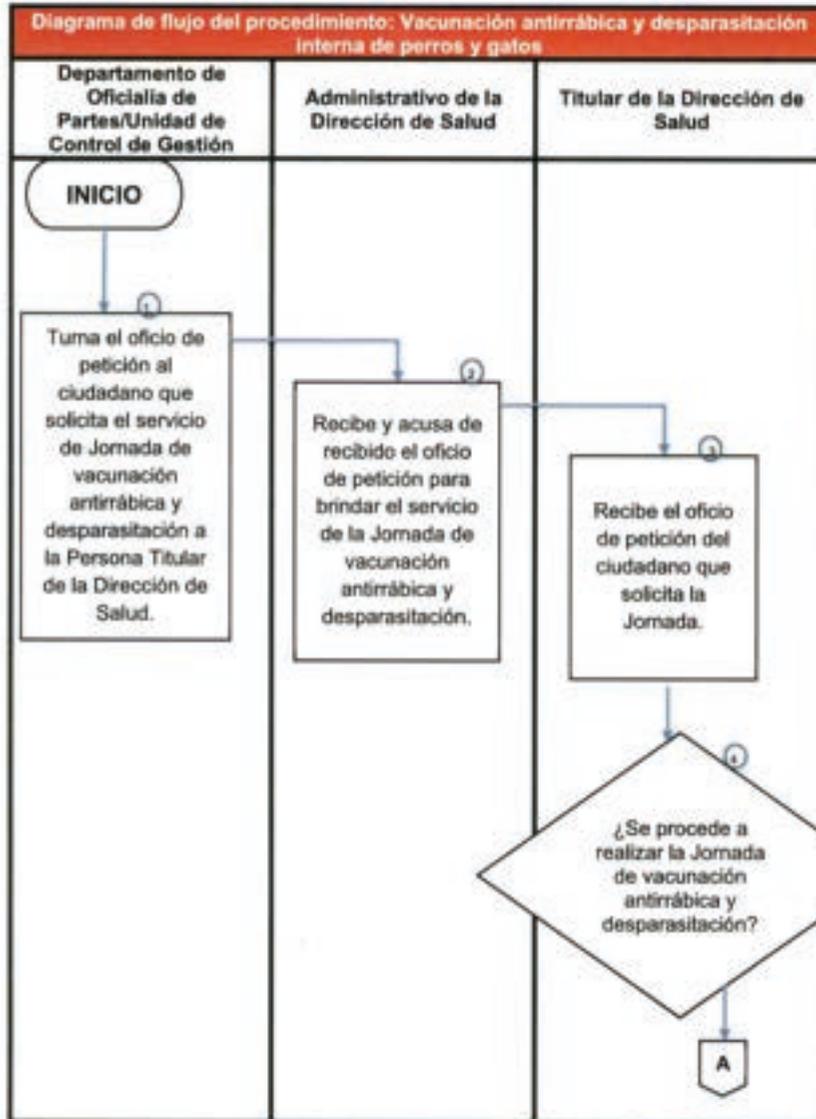


Médico Veterinario Zootecnista	16	Aplica la vacuna antirrábica vía intramuscular o subcutánea y la desparasitación vía subcutánea al perro o gato.
Médico Veterinario Zootecnista	17	Se entrega el certificado de vacunación antirrábica al ciudadano.
FIN		

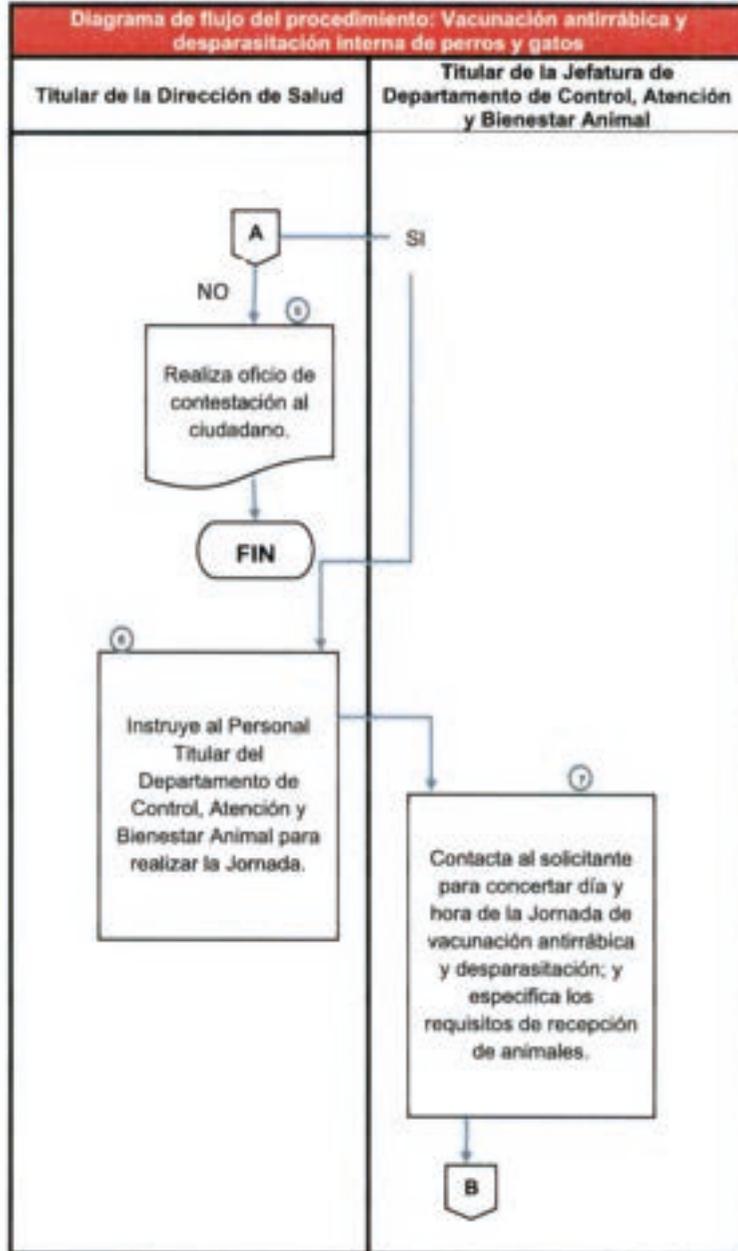




➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**

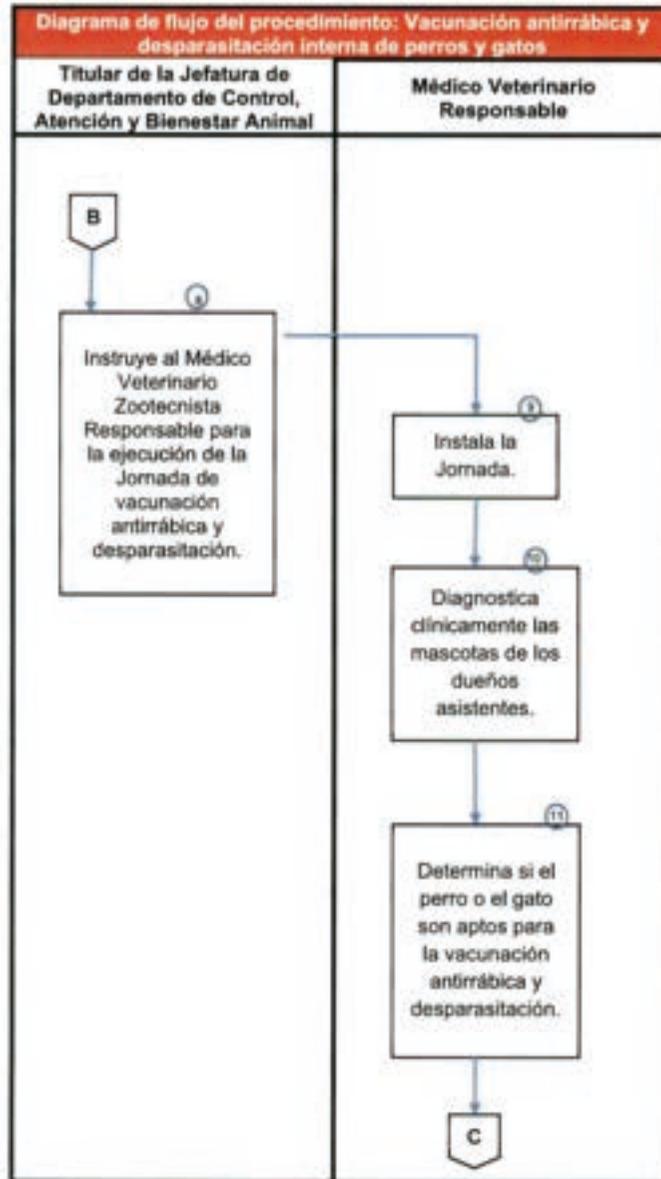


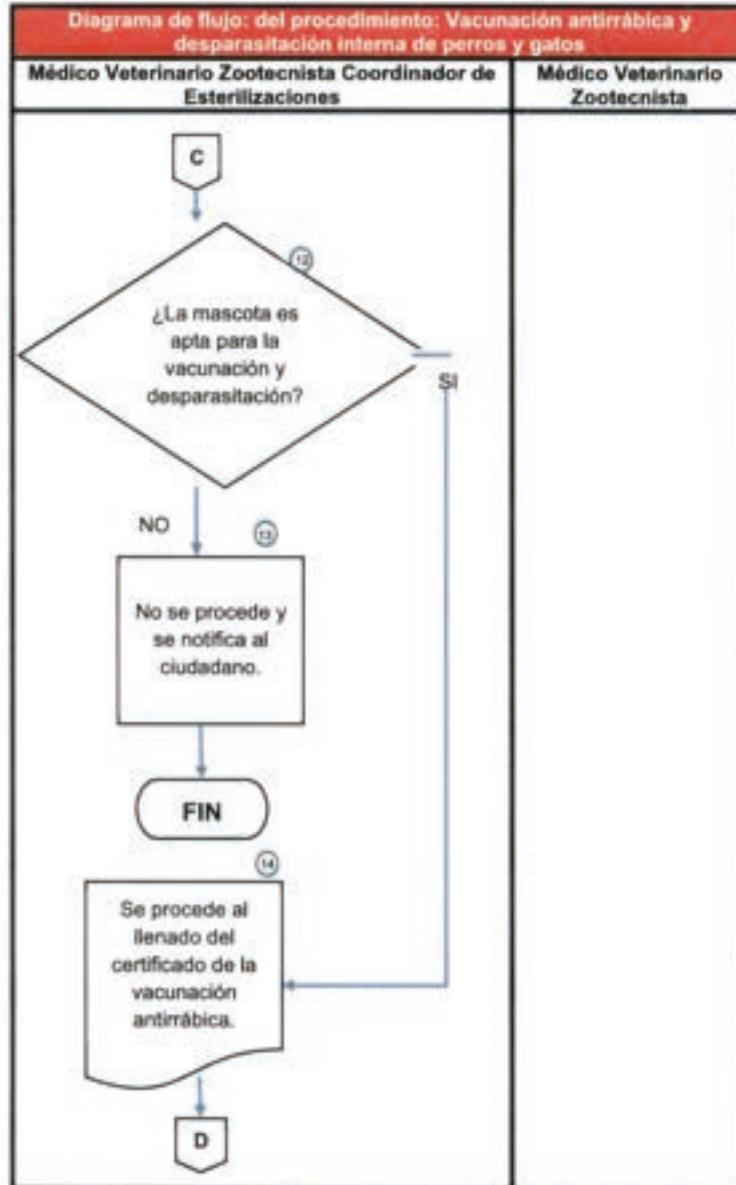
439



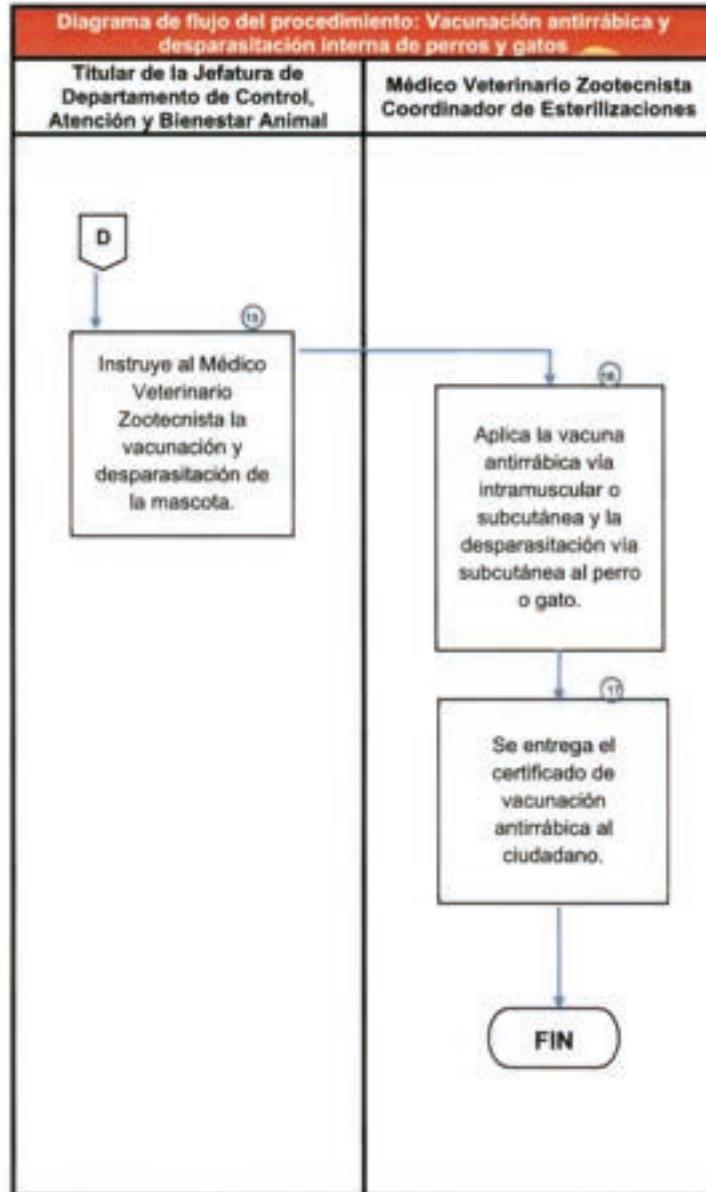
440







442





> **FORMATOS**

- **Certificado de vacunación antirrábica**

		GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO			
Certificado de Vacunación Antirrábica Canina				1/FOLIO: 3019000	
3/JURISDICCIÓN SANITARIA:		5/UNIDAD DE SALUD:		4/FECHA DE VACUNACIÓN:	
8/PROPIETARIO:				6/TELÉFONO:	
7/DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ENTIDAD FEDERATIVA):					
8/ESPECIE PERRO (<input type="checkbox"/>)		GATO (<input type="checkbox"/>)		9/SEXO MACHO <input type="checkbox"/> HEMBRA <input type="checkbox"/>	
10/NOMBRE:			11/RAZA:		
12/COLOR:		13/EDAD AÑOS MESES		14/FECHA DE VACUNACIÓN ANTERIOR:	
15/NOMBRE DEL BIOLÓGICO:			16/N.º LOTE:		17/FECHA DE CADUCIDAD:
18/PRÓXIMA VACUNACIÓN:		19/NOMBRE Y FIRMA DEL VACUNADOR:			
ANVERSO			20/CS101190000L-099-19		

444



• Promoción de la Jornada Médico Integral

Jornada Médico Integral

Servicios gratuitos

SERVICIOS MÉDICOS

- Consulta de Abdomen y vida
- Anemias
- Consulta Médica General
- Consulta Dental
- Neumología
- Radiología
- Ginecología
- Clínica de Diabetes, Hipertensión
- Clínica de VIH e Infección de VIH
- Epidemiología con énfasis en inmunización
- Laboratorio de Diagnóstico
- Toma de datos para investigaciones e inspección médica de 40 años.

ASesoría Psicológica

- Programas asistenciales psicológicos
- Aplicación de cuestionarios de depresión

ADICCIONES

- Pruebas para detectar alcoholismo, tabaco
- Pruebas de adicciones

PREVENCIÓN DE FONDOS

- Información y registro de antecedentes
- Venta de productos

REGISTRO CIVIL

- Información de Trámites y servicios

MODULO DE ATENCIÓN Y CUIDADOS PARA LAS TABULETAS Y LA MUJER

- Atención
- Atención e inclusión a la diversidad sexual

RECURSOS HUMANOS

- Información de la Secretaría de la Mesa de Diálogo para el Modelo Hospital "San Martín"

SEGURIDAD PÚBLICA

- Unidad de Atención a víctimas del delito
- Policía Pública de Guardia
- Policía Municipal
- Seguridad Vial
- Protección a Juvenil

SUSTENTABILIDAD AMBIENTAL

- Atención de Accidentes

INSTITUTO DE CULTURA Y ARTES

- Módulo de información de los niveles de cultura

ESTADÍSTICA DEMOGRÁFICA

- Información sobre censos de habitantes en Zona Urbana

ASESORÍA

- Atención jurídica

OPDM

- Módulo de información del servicio de atención prioritaria

COVID-19

- Pruebas rápidas de Antígeno para COVID-19
- Pruebas rápidas de COVID-19
- Pruebas rápidas de COVID-19

VACUNACIÓN EN UNIDADES DE CUIDADO

- Vacunación
- Vacunación
- Vacunación

TALLERES DE CIEC

- Taller de CIEC
- Taller de CIEC
- Taller de CIEC
- Taller de CIEC
- Taller de CIEC
- Taller de CIEC
- Taller de CIEC
- Taller de CIEC
- Taller de CIEC
- Taller de CIEC

SESIONES HÍBRIDAS

- Sesión híbrida de primer y último nivel
- Sesión híbrida de primer y último nivel
- Sesión híbrida de primer y último nivel

OPORTUNIDAD

- Sesión de la mesa para competencias
- Sesión de la mesa para competencias
- Sesión de la mesa para competencias

FOROS DE LA TEMÁTICA

- Foros de la temática
- Foros de la temática
- Foros de la temática

REDES MÚLTIPLES DE LA ASISTENCIA

- Módulos de información sobre acciones y actividades para los pacientes

PROMOCIÓN ECONÓMICA

- Bolsa de Trabajo



1 de Julio

9:00 a 14:00 Horas

Calle Argentina 2002 con calle Brasil, Col. San Isidro Infanzugos (Paseo San Isidro Infanzugos)





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
M.Z.V. David Luna Crisanto	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE CONTROL, ATENCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CONSULTA VETERINARIA A PERROS Y GATOS
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/DCAyBA/003

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS



➤ OBJETIVO

Brindar consulta veterinaria de primer nivel en la atención para la salud de perros y gatos.

➤ ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud a través de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal; así como a las y los ciudadanos de Tlalnepantla de Baz, que soliciten el servicio de consulta veterinaria de perros y gatos.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Constitución del Estado Libre y Soberano de México.
- Reglamento del Libro Sexto del Código para la Biodiversidad del Estado de México, Gaceta del Gobierno del Estado de México y sus reformas y adiciones.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz.
- Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz, Estado de México 2022 y sus reformas y adiciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011, Prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos, Fracción 5.1.3. Publicada en el Diario Oficial de la Federación de Fecha 25 de enero de 1995, y sus reformas y adiciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-042-SSA2-2006, Prevención y control de enfermedades. Especificaciones sanitarias para los centros de atención canina. Publicada en el Diario Oficial de la Federación de Fecha 06 de noviembre de 2008, y sus reformas y adiciones.

➤ RESPONSABILIDADES

Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, deberá:

Planificar, Coordinar y Supervisar el servicio de consulta veterinaria a perros y gatos.

Administrativo, deberá:

Brindar la atención al ciudadano que acude a las instalaciones de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal; y verificar que sea ciudadano del municipio de Tlalnepantla de Baz.

Canalizar al solicitante de consulta con el Médico Veterinario Zootecnista; así como archivar la documentación que resulte de la consulta.

Médico Veterinario Zootecnista, deberá:

Realizar la revisión clínica del animal y elaborar su historia clínica.





Ciudadano(a), deberá:

Acudir con su mascota a la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, en un horario de atención de 9 a 16 horas solicitando una consulta para su mascota.

➤ **GLOSARIO**

- **Diagnóstico:** Conclusión diagnóstica para identificar una enfermedad, mediante datos clínicos y pruebas de laboratorio.
- **Dueño responsable:** Al dueño de un animal de compañía que acepta y se compromete a asumir una serie de deberes enfocados en la satisfacción de las necesidades físicas, psicológicas y ambientales de su perro o gato, así como la prevención de riesgos (potencial de agresión, transmisión de enfermedades o daños a terceros), que éstos pueden generar a la comunidad o al medio ambiente, bajo el marco jurídico de la legislación pertinente.
- **Zoonosis:** Se dice de cualquier enfermedad propia de los animales que incidentalmente puede contagiarse a las personas.

➤ **ACRÓNIMOS**

- **INE:** A la credencial expedida por el "Instituto Nacional Electoral".
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

➤ **INSUMOS**

- Historia clínica del animal.
- INE del ciudadano que solicite el servicio de consulta.

➤ **RESULTADOS**

Brindar consulta veterinaria de primer nivel a perros y gatos.

➤ **POLÍTICAS**

- Se atenderá a la población del municipio de Tlalnepantla de Baz, que solicita al servicio con calidez y calidad.
- El Horario de consulta de perros y gatos será de 9:00 a 16:00 horas.
- El solicitante deberá acudir a la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal con dirección en: Calle Zacatecas No.6, Colonia Constitución de 1917, en el Municipio de Tlalnepantla de Baz, México.
- La persona que acuda al servicio deberá presentar identificación oficial y debe ser ciudadano de Tlalnepantla de Baz.
- Cuando se solicite para ser beneficiario a la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, se pedirá un donativo en especie como artículos de



limpieza, material de curación, o lo que la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal requiera en su momento.

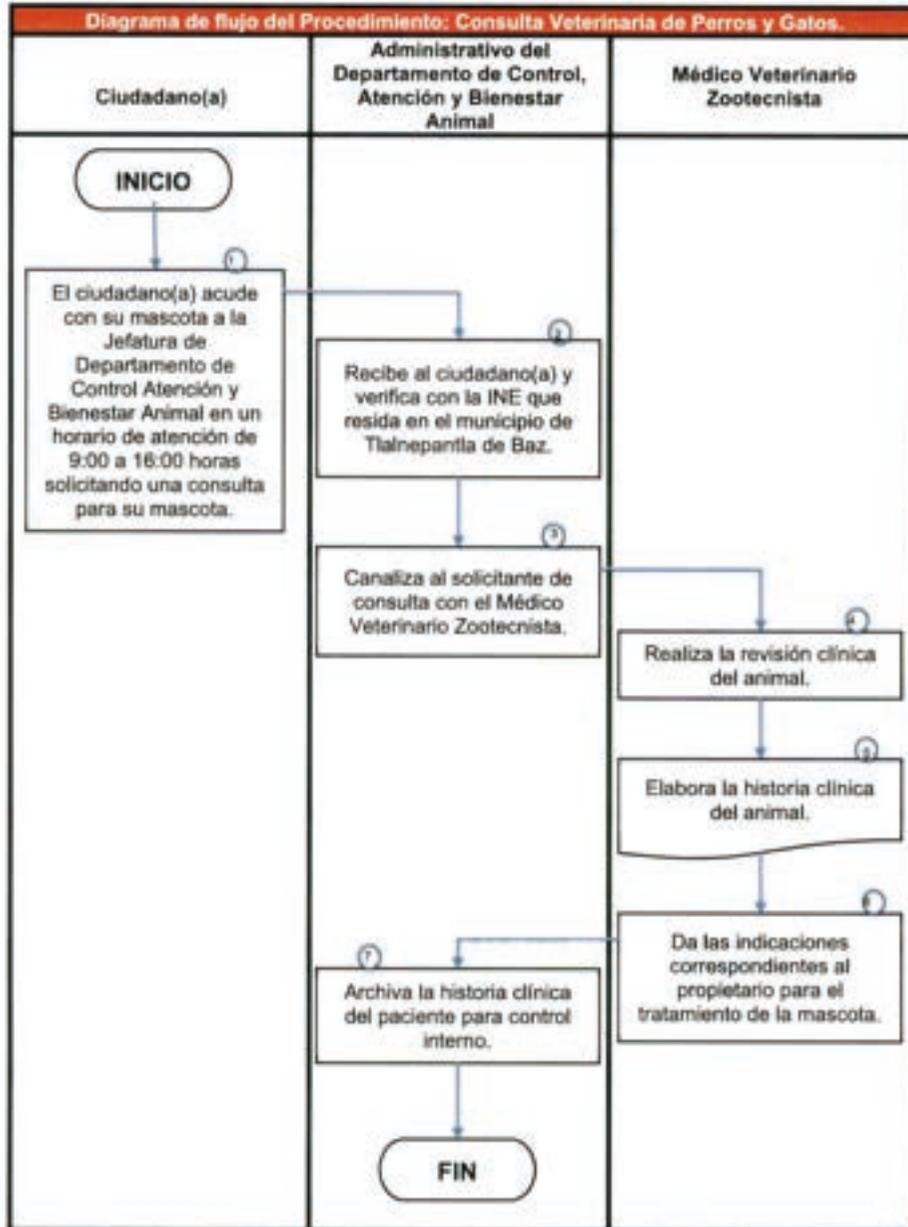
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Ciudadano(a)	1	Acude con su mascota a la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, en un horario de atención de 9 a 16 horas solicitando una consulta para su mascota.
Administrativo del Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	2	Recibe al ciudadano y verifica con la INE que resida en el municipio de Tlalnepantla de Baz.
Administrativo del Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	3	Canaliza al solicitante de consulta con el Médico Veterinario Zootecnista.
Médico Veterinario Zootecnista	4	Realiza la revisión clínica del animal.
Médico Veterinario Zootecnista	5	Elabora la historia clínica del animal.
Médico Veterinario Zootecnista	6	Da las indicaciones correspondientes al propietario para el tratamiento de la mascota.
Médico Veterinario Zootecnista	7	Archiva la historia clínica del paciente para control interno.
FIN		





➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**





> **FORMATOS**

• **Historia clínica**



Nombre: _____ Fecha: _____

DATOS DEL PROPIETARIO	
NOMBRE:	
DOMICILIO:	
TELÉFONO:	

DATOS DEL PACIENTE	
NOMBRE:	ESPECIE:
RAZA:	SEXO:
EDAD:	EDAD:

CONSTANTES FISIOLÓGICAS			
TC:		FR:	
RECIBO REGISTRO:		RECIBO TUSIGENO:	
PAISAJE PERIÓDICO:		MUCOSAS:	
N. DE DECONTAMINACIÓN:		TEMPERATURA:	
PELO:		EC:	
SLC:		ED MENTAL:	
UNIONADOS:			

ANAMNESIS

1. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD: _____
2. TIEMPO DE EVOLUCIÓN: _____
3. TRATAMIENTOS ANTERIORES: _____
4. ENFERMEDADES ANTERIORES: _____
5. SI BIENESTAR: FEDERAL (PRUEBAS DE LAB) INFORMAL (SUSPENSIÓN)
6. COMIENZA CON OTROS SÍNTOMAS: SI NO ¿CUÁNDO? _____
INFERIOR SI NO ¿QUÉ PRESENTAN? _____
7. ¿QUÉ COMIENZA? _____ ¿QUÉ TERMINA? _____
RACION: _____ ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA? _____
8. ¿SE HA CAMBIADO O PERMANECIDO SIEMPRE EN SU TIPO? _____
9. ¿SE HA LA ENFERMEDAD DE SU HABITAT? SI NO ¿QUÉ COMIENZA? SI NO

VACUNAS	DISPARACIONES





• Historia clínica (Continuación)



30. INGESTA DE AGUA _____

31. ¿CÓMO ORINA? COLOR _____ OLOR _____ CANTIDAD _____
PRESENCIA DE LAMENAS _____ PUNO _____ PEGAJOSA _____
CANTIDAD DEL CHORRO: _____

32. ¿HA O SUFRIÓ DE PESO ULTIMAMENTE SI NO _____

33. ¿CAMBIO SU ACTIVIDAD? _____

34. ¿APETITO? INCREMENTADO DEBILITADO NULO _____

35. ¿CÓMO DEFIECA?
FRECUENCIA _____ PRESENCIA _____ CANTIDAD _____
PRESENCIA DE LAMENAS _____ PARASITOS _____ CON MUCO _____
COLORACIÓN _____

36. ¿HA PRESENTADO HEMESIA? SI NO _____
COLOR _____ LARGO _____ ESPUMA _____ PARASITOS _____
FRECUENCIA _____ SÍMPTOMAS _____

37. PRESENCIA DE ORRUCIOS EXTERNOS SI NO ¿CÓMO? _____

38. ¿SIENTE MUCHO LA CANSAD? SI NO _____

39. CICLO SEXUAL Y REPRODUCTIVO
ESTERILIDAD SI NO _____ ÚLTIMO CICLO _____ ÚLTIMO EMBARAZO _____
No. DE DÍAS _____ FRECUENCIA AL PARTO _____

40. ¿HA TOMADO ALGUNA DROGA? SI NO ¿CÓMO? _____

41. ¿HA OBSERVADO ALTERACIONES NEUROLÓGICAS?
CONVULSIÓN PARÁLISIS/INCÓORDINACIÓN ESTERESIS DEBILIDAD SÍMPTOMAS
NEURÁLGICAS ESTERESIS TUMORES _____

42. ¿HA OBSERVADO ALTERACIONES RESPIRATORIAS?
FLUIDO NASAL COLORACIÓN DEL MOCO _____ SIN ESTORNIDOS
ESTORNIDOS FRECUENTES DIFICULTAD PARA RESPIRAR _____

43. PRURITO SI NO LOCALIZACIÓN _____ ¿DEBE CUANDO? _____

44. PROBLEMAS LOCOMOTORES
CLÁSICA _____ ¿CÓMO ESTERESIS? _____ PARÁLISIS/INCÓORDINACIÓN PEQUEÑOS PASOS _____

45. ¿SE SUPLENEN LOS SUPLENIMIENTOS SI NO ¿CÓMO? _____

46. RESULTADOS _____

47. PRUEBAS DE LABORATORIO _____

48. TRATAMIENTO _____

49. DE DEFENSA _____



> VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
M.V.Z. David Luna Crisanto	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE CONTROL, ATENCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ATENCIÓN POR MORDEDURA DE PERRO O GATO
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/DCAyBA/004

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS



> OBJETIVO

La Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, es la unidad administrativa responsable de dar seguimiento a los casos de mordedura de perro o gato, por conducto de los medios establecidos por la Ley.

El objetivo de este procedimiento es realizar la observación clínica del animal, que haya agredido a alguna persona; la observación será por un periodo de 10 días naturales, a partir de la mordedura; con la finalidad de prevenir que se presente algún caso de rabia en humano por mordedura de perro o gato en el Municipio de Tlalnepantla de Baz.

> ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud a través de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, así como a las y los ciudadanos de Tlalnepantla de Baz, que soliciten el servicio de atención por mordedura de perro o gato.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Constitución del Estado Libre y Soberano de México.
- Código para la Biodiversidad del Estado de México Publicado en mayo del 2005.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz.
- Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011, Prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos, Fracción 5.1.3. Publicada en el Diario Oficial de la Federación de Fecha 25 de enero de 1995, y sus reformas y adiciones.
- Libro Sexto Artículos 6.79, 6.80, 6.81, 6.82 y 6.83. Publicado en la Sección Tercera de la Gaceta del Gobierno del Estado de México, el miércoles 3 de mayo de 2006, y sus reformas y adiciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-033-ZOO-1995, Sacrificio humanitario de los animales domésticos y silvestres. Publicada en el Diario Oficial de la Federación de Fecha 18 de diciembre de 2014, y sus reformas y adiciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-042-SSA2-2006, Prevención y control de enfermedades. Especificaciones sanitarias, para los centros de atención canina. Publicada en el Diario Oficial de la Federación de Fecha 06 de noviembre de 2008, y sus reformas y adiciones.

> RESPONSABILIDADES

Titular de la Dirección de Salud, deberá:

Recibir el oficio de petición del ciudadano que solicita el servicio de atención por mordedura.

Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, deberá:

Instruir al Responsable Operativo para la atención del reporte por mordedura de perro o gato.





Responsable Operativo, deberá:

Instruir al Personal Operativo para la localización y captura del animal agresor.

Personal Operativo, deberá:

Localizar y capturar al animal agresor; y trasladar al animal agresor a las instalaciones de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.

➤ **GLOSARIO**

- **Agresión:** Acción por la cual una persona es atacada por un animal de forma espontáneo provocada a partir de una mordedura o rasguño.
- **Atención Ciudadana:** Unidad Administrativa del H. Ayuntamiento Constitucional encargada de atender los reportes de los ciudadanos de Tlalnepantla, al cual podrán llamar al número 53664450 o al 01 800 13411341, en un horario de 9:00 a 18:00 horas.
- **Eutanasia humanitaria:** Al acto que provoca la muerte de perros y gatos, mediante métodos autorizados y sin dolor. Se lleva a cabo en perros y gatos, que no son reclamados por sus propietarios en un lapso mínimo de 48 horas y máximo de 72 horas, de acuerdo a las facilidades de resguardo existentes, así mismo incluye a aquellos que son entregados de manera voluntaria por sus dueños, los cachorros sin sus madres, y aquellos que presenten traumatismos graves o con síntomas de una enfermedad visiblemente avanzada serán sacrificados de inmediato; o bien se trate de un perro o gato agresor, que haya ocasionado lesiones profundas y en cuyo destino final medie la orden de un Juez.
- **Observación clínica:** Mantener en cautiverio por espacio de 10 días, a cualquier animal (perro o gato) sospechoso o que haya agredido a una persona, con o sin causa aparente, con el fin de identificar signos de rabia u otra enfermedad específica, proporcionándole a diario alimento y acceso permanente a agua limpia.
- **Sujetador o Asidero:** Al tubo con un aro ajustable, en el que se introduce la cabeza de un perro o gato y se ajusta, sin estrangularlo, para atrapar justificada y humanitariamente a un animal.

➤ **ACRÓNIMOS:**

- **LESP:** Laboratorio Estatal en Salud Pública.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

➤ **INSUMOS**

- Folio de reporte por mordedura realizado por el ciudadano vía telefónica al Sistema Integral de Atención Ciudadana.
- Hoja de ingreso del animal.
- Formato de mordedura.
- Vehículo perrera oficial.
- Jaulas transportadoras.



- Sujetadores o asidero.

➤ RESULTADOS

Atender el reporte por mordedura de perro o gato; y descartar o confirmar la presencia de signos clínicos sugerentes de virus rábico durante el periodo de observación que consta de 10 días a partir de la mordedura.

➤ POLÍTICAS

- Ofrecer un trato digno a los perros y gatos capturados por reporte de mordedura.
- El ciudadano(a) tendrá que llamar para levantar un reporte en Atención Ciudadana al número 53664450 o al 01 800 13411341 en un horario de 9:00 a 18:00 horas.
- El ciudadano(a) tiene un periodo de 72 horas máximo, posteriores a la observación clínica para reclamar a su mascota.
- En caso de que fallezca la mascota, se notifica al ciudadano afectado para que acuda a su Centro de Salud. El encéfalo del perro o gato es enviado al LESP a través de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalnepantla de Baz, para monitoreo del virus rábico.
- No se atenderá el reporte si la agresión excede de los 10 días a partir de la mordedura, o si ocurre fuera del municipio de Tlalnepantla de Baz.





➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Atención Ciudadana	1	Recibe reporte del ciudadano(a), para atención de mordedura y lo turna a la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	2	Analiza la viabilidad para la atención del reporte.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	3	¿Se atiende el reporte por mordedura de perro o gato?
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	4	No. La agresión por el animal excede los 10 días y no ocurre en el municipio de Tlalnequanta de Baz.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	5	Cierra el reporte.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	6	Si. La agresión fue dentro del municipio de Tlalnequanta de Baz y no excede los 10 días después de la agresión por el animal.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	7	Instruye al Responsable Operativo para la atención del reporte de mordedura.
Responsable Operativo	8	Se traslada a la comunidad con el personal operativo, en dónde se reporta que ocurrió la agresión por el animal.
Responsable Operativo	9	Instruye al personal operativo para que ubiquen al animal agresor.
Personal Operativo	10	¿Fue ubicado el animal agresor?
Personal Operativo	11	No. Personal operativo informa al Responsable Operativo.
Personal Operativo	12	Si. Se trasladan a las instalaciones de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.
Responsable Operativo	13	Elabora la hoja de ingreso del animal y el formato de mordedura.
Responsable Operativo	14	En caso de no ubicar al animal agresor, informa al ciudadano agredido y a su vez a la persona Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.



M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAINEPANTLA DE BAZ
2022 - 2024

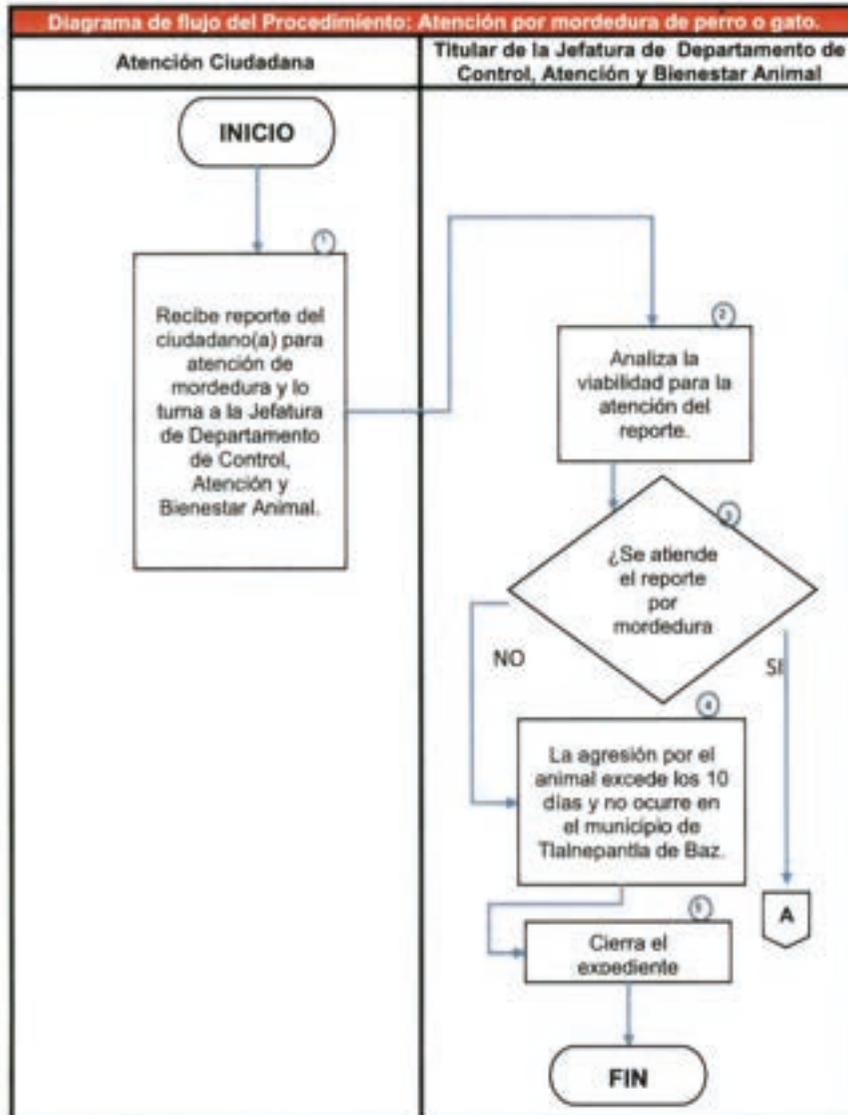


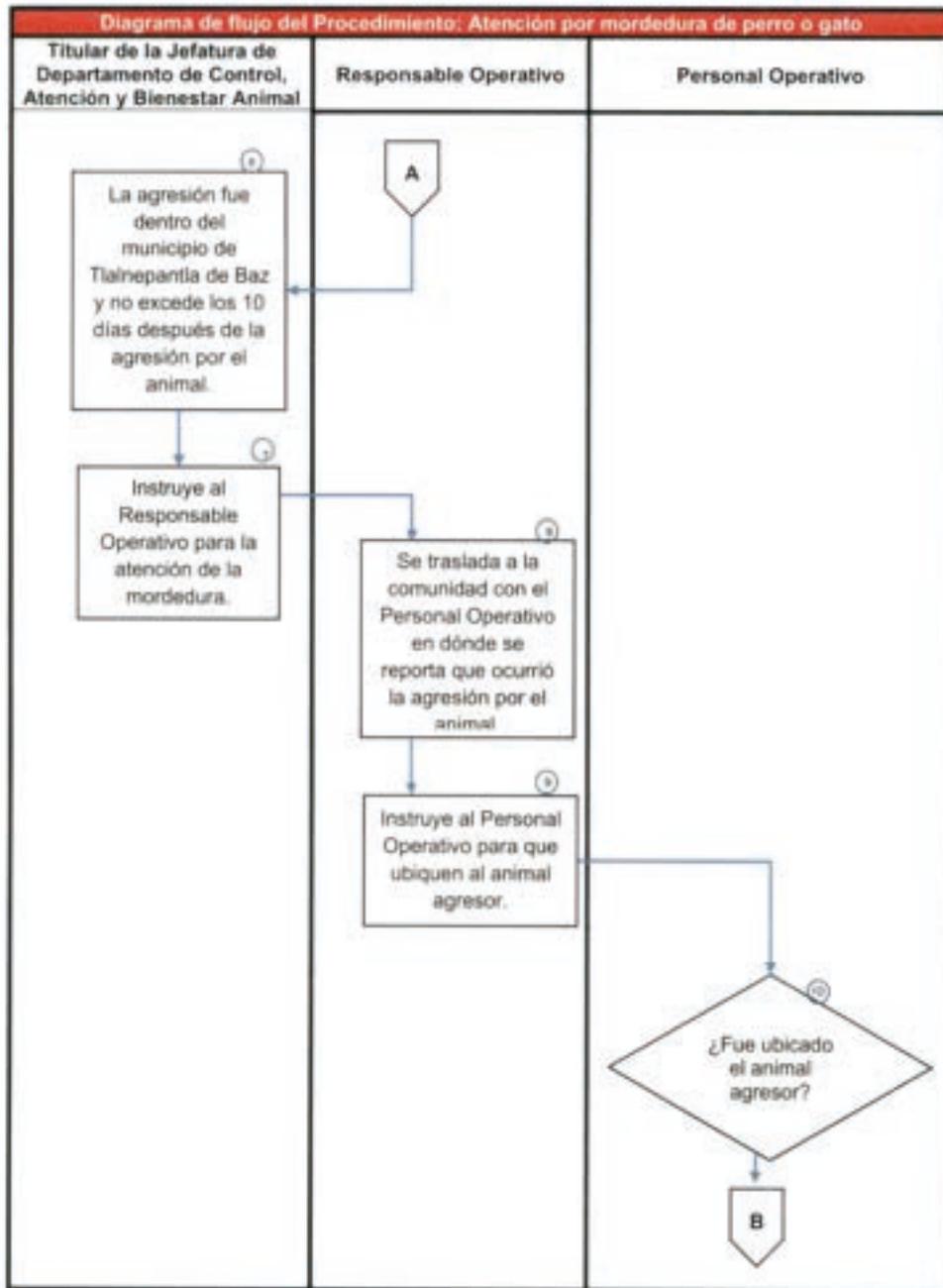
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	15	Recibe el informe del Responsable Operativo y cierra el reporte.
FIN		





➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**

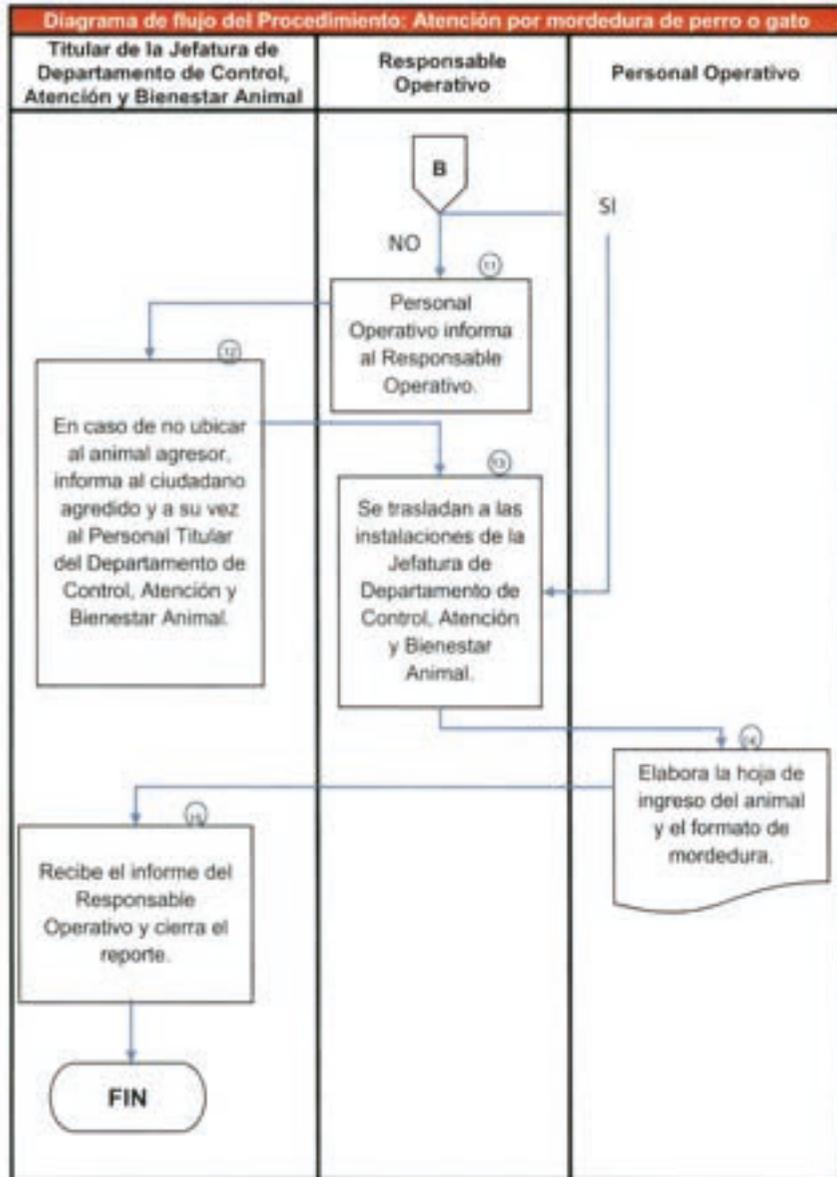




462



461





➤ **FORMATOS**

- **Hoja de ingreso del animal**



FECHA DE ENTRADA _____ NÚM. DE REPORTE _____

CAUSA DEL INGRESO: DONACIÓN _____ MORDEDURA _____ RESACA _____ OTRA _____

DATOS DEL PROPIETARIO: _____ RESERVA DE LA MASCOTA

NOMBRE _____ NOMBRE _____ DIRECCIÓN _____

CALLE _____ No. _____ C/A _____ RAZA _____ SEXO _____ EDAD _____

TELÉFONO _____ COLOR _____ PESO APROX. _____

SEÑAS PARTICULARES DE LA MASCOTA _____

OBSERVACION _____

RELOCALIZACIÓN FECHA _____ ELIMINACIÓN FECHA _____ FOLIO _____

DATOS DEL ADOPTANTE

NOMBRE _____ DIRECCIÓN _____ TEL. _____

DURO _____ ISLA _____

NOMBRE Y FIRMA _____ NOMBRE Y FIRMA _____



• Formato de mordedura

DIRECCIÓN DE SALUD
DEPARTAMENTO DE CONTROL, ATENCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL
FORMATO DE MORDEDURA

FECHA: _____ HULA No: _____ CASO No: _____
FECHA DE SALIDA: _____

DATOS DEL LESIONADO
NOMBRE: _____
DOMICILIO: _____
TELÉFONO: _____
RECIBIÓ ORIGINAL Y FIRMA: _____

DATOS DEL PROPIETARIO
NOMBRE: _____
DOMICILIO: _____
TELÉFONO: _____
RECIBIÓ COPIA FIRMA: _____

RESÚMEN DEL ANIMAL
ESPECIE: _____ RAZA: _____ SEXO: _____
EDAD: _____ COLOR: _____ MONTÓN: _____
FECHA DE LA ÚLTIMA VACUNA ANTIRÁBICA: _____
REGIÓN ANATOMICA DE LA LESIÓN: _____
FECHA DE LA LESIÓN: _____
LUGAR A DONDE SE OCURRIÓ EL CASO: _____

SIGNOS CLÍNICOS DEL ANIMAL EN OBSERVACIÓN

1. _____	6. _____
2. _____	7. _____
3. _____	8. _____
4. _____	9. _____
5. _____	10. _____

OBSERVACIONES: EN CASO DE PRESENTAR SIGNOS DE RABIA, SE INFORMARÁ A LA JURISDICCION SANITARIA Y A LA PERSONA AFECTADA INMEDIATAMENTE

IMP. _____ FIRMA: _____

DIRECCIÓN DE SALUD - AYUNTAMIENTO DE TALAHPANTLA DE BAZ - CDD. AV. MEXICO TELÉFONO:
ÚLTIMOS HORARIOS DE ATENCIÓN: LUNES A VIERNES DE 9:00 A 17:00 HRS. SABADO DE 9:00 A 12:00
HRS. NOTA: AL TÉRMINO DE LA OBSERVACIÓN TOME 40 HRS PARA RECLAMAR A SU SANIDAD

465



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
M.V.Z. David Luna Crisanto	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE CONTROL, ATENCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	EUTANASIA Y MUESTRA DE ENCÉFALOS DE ANIMALES CANINOS Y FELINOS
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDiF/2022/MP/DS/DCAyBA/005

INDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS



> OBJETIVO

Realizar eutanasia humanitaria a animales enfermos, con limitación física o que sean reincidentes de mordedura para el envío de muestra de encéfalos caninos y felinos para monitoreo rábico.

> ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud a través de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal; así como a las y los ciudadanos que soliciten el servicio de eutanasia o aquellos animales que sean reincidentes de mordedura.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Constitución del Estado Libre y Soberano de México.
- Reglamento del Libro Sexto del Código para la Biodiversidad del Estado de México Gaceta del Gobierno del Estado de México.
- Reglamento- Interno del Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz.
- Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz, Estado de México.
- Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011, Prevención y Control de la Rabia Humana y en los Perros y Gatos.
- Norma Oficial Mexicana NOM-042-SSA2-2006, Prevención y Control de Enfermedades. Especificaciones Sanitarias para los Centros de Atención Canina.
- Norma Oficial Mexicana NOM-033-SAG/ZOO-2014, Métodos para dar Muerte a los Animales Domésticos y Silvestres.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección Ambiental-Salud Ambiental-Residuos Peligrosos Biológico – Infecciosos- Clasificación y Especificaciones de Manejo.

> RESPONSABILIDADES

Titular de la Dirección de Salud, deberá:

Recibir el oficio de atención por mordedura de perro o gato.

Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, deberá:

Contactar al solicitante para la atención del caso por mordedura e instruir al Responsable Operativo para atender el caso.

Departamento de Oficialía de Partes/Unidad de Control de Gestión, deberá:

Turnar el oficio de petición del ciudadano que solicita el servicio de atención por mordedura de perro o gato a la persona Titular de la Dirección de Salud.





Administrativo de la Dirección de Salud, deberá:

Recibir y acusar de recibido el oficio de petición para brindar el servicio.

Responsable operativo, deberá:

Trasladar al animal agresor a las instalaciones de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal; y en caso de no ubicar al animal agresor, éste informa al ciudadano agredido y a su vez informa a la persona Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.

Médico Veterinario Zootecnista, deberá:

Realizar la observación clínica del animal durante 10 días (al finalizar los días de observación, se procederá a eutanasiar al animal); así como realizar la extracción del encéfalo para su envío para monitoreo rábico.

Auxiliar Administrativo de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, deberá:

Archivar el expediente.

Ciudadano(a), deberá:

Solicitar el servicio de atención por mordedura de perro o gato, mediante un oficio dirigido a la persona Titular de la Dirección de Salud, el cual se deberá de ingresar por medio del Departamento del Oficialía de Partes del H. Ayuntamiento o por la Unidad de Control de Gestión del SMDIF, o en su caso comunicarse al teléfono de Atención Ciudadana para realizar el reporte.

Presentar el folio que se les proporcione cuando se comunicaron a Atención Ciudadana, en las Instalaciones de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, para recibir el servicio de Eutanasia Humanitaria, para perros y gatos; así como llevar consigo el cadáver del animal eutanasiado para su posterior disposición.

➤ **GLOSARIO**

- **Anestesia:** Procedimiento químico farmacológico disociativo necesario para el procedimiento quirúrgico.
- **Atención Ciudadana:** Unidad Administrativa encargada de atender los reportes de los ciudadanos de Tlalnequintla al cual podrán llamar al número 53664450 o al 01 800 13411341 en un horario de 9:00 am a 6:00 pm.
- **Animal:** perro o gato.
- **Eutanasia:** Procedimiento empleado para terminar con la vida de los animales, por medio de la administración de agentes químicos o métodos mecánicos, que induzcan primero pérdida de la conciencia, seguida de paro cardiorrespiratorio, sin producirles dolor; con el fin de que éstos dejen de sufrir por lesiones o enfermedades graves e incurables, así como por dolor o sufrimiento que no puedan ser aliviados.





- **Manejo:** Conjunto de prácticas para la captura, traslado, cuarentena, carga y descarga, sujeción, aturdimiento y muerte de los animales, que les garanticen niveles de bienestar y les eviten dolor, sufrimiento, ansiedad, traumatismos y estrés.
- **Oficialía de partes:** A la Unidad Administrativa del H. Ayuntamiento Constitucional de Tlalnepantla de Baz, encargada de recibir y turnar información o peticiones ciudadanas a las Unidad y Dependencias del Ayuntamiento y/a al SMDIF de Tlalnepantla de Baz.
- **Sobredosis:** Cantidad de un fármaco que sobrepasa la dosis recomendada para ejercer su efecto farmacológico y que puede causar intoxicación o la muerte.
- **Unidad de Control de Gestión:** A la Unidad Administrativa del Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz, encargada de recibir y turnar información o peticiones ciudadanas a las Dependencias y Unidades Administrativas que conforman al SMDIF.
- **Tranquilización:** Es la disminución del miedo, la aprensión y la ansiedad mientras que el animal permanece despierto, calmándolo cuando es expuesto a un bajo nivel de estímulo. No tienen efecto analgésico y el animal es fácilmente excitado por un estímulo doloroso.

➤ ACRÓNIMOS

- **LESP:** Laboratorio Estatal en Salud Pública.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

➤ INSUMOS

- Oficio de solicitud para la atención de casos por mordedura de perro o gato a la persona titular de la Dirección de Salud.
- Folio de reporte de Atención Ciudadana.
- Hoja de ingreso del animal.
- Formato Registro Individualizado de Eutanasia.
- Oficio turnado a la Jurisdicción Sanitaria de Tlalnepantla de Baz, para envío de encéfalo.
- Formato para envío de muestras biológicas para diagnóstico de rabia en animales.
- Material: Anestesia, Jeringas, bisturí, segueta, bolsas, hielera.

➤ RESULTADOS

Perro o gato eutanasiado humanitariamente y envío de muestra de encéfalo para monitoreo rábico.

➤ POLÍTICAS

- Atender a la población del municipio de Tlalnepantla de Baz, que solicita al servicio con calidez y calidad.
- Utilizar métodos que provoquen la muerte del animal sin dolor.



- Para la eutanasia humanitaria de perros y gatos, la persona deberá presentarse con su número de reporte a la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal con dirección en: calle Zacatecas No. 6, Colonia Constitución de 1917, en el Municipio de Tlalnepantla de Baz, México.
- Horario de atención de 9:00 a 16:00 horas, haciendo la aclaración que se deberá contar con un folio de reporte obtenido mediante Atención Ciudadana u oficio de solicitud.
- Para realizar la eutanasia humanitaria se requiere que el médico veterinario previamente haya valorado la condición del animal.
- La persona que presente al animal para la eutanasia humanitaria, deberá ser mayor de edad y firmar el formato de eutanasia debido a que es un procedimiento irreversible, el cual autorizará la realización del procedimiento a su perro o gato.
- Se realizará en perros o gatos capturados o retenidos en la vía pública, no reclamados o donados por sus propietarios, cuyo consentimiento deberá constar por escrito, o aquellos que concluyeron la observación clínica veterinaria por agresión (10 días), que ingresaron por segunda ocasión o como una orden emitida por un Juez.



➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Departamento de Oficialía de Partes/Unidad de Control de Gestión	1	Torna el oficio de petición del ciudadano, que solicita el servicio de atención por mordedura de perro o gato, a la persona Titular de la Dirección de Salud.
Administrativo de la Dirección de Salud	2	Recibe y acusa de recibido el oficio de petición para brindar el servicio.
Titular de la Dirección de Salud	3	Recibe el oficio de petición del ciudadano que solicita el servicio.
Titular de la Dirección de Salud	4	¿Se procede a realizar el servicio?
Titular de la Dirección de Salud	5	No. Realiza oficio de contestación al ciudadano.
Titular de la Dirección de Salud	6	Si. Instruye a la persona Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, para realizar la captura del animal o animales agresores.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	7	Contacta al solicitante para concertar día y hora de la captura.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	8	Instruye al Responsable Operativo para la ejecución de la captura del animal o animales agresores.
Responsable Operativo	9	Llega al punto y el ciudadano apoya en la ubicación del o los animales agresores. Con un equipo de contención se procede a la captura del animal.
Responsable Operativo	10	El animal es resguardado en las instalaciones de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, elabora hoja de ingreso del animal.
Médico Veterinario Zootecnista	11	Realiza la observación del animal durante 10 días y elabora el formato de mordedura anotando las observaciones clínicas.
Médico Veterinario Zootecnista	12	Al término de los 10 días de observación del animal, procede a realizar la eutanasia del animal con previa tranquilización y posterior sobredosis de anestésico.
Médico Veterinario Zootecnista	13	Realiza la extracción del encéfalo del animal, se asigna un folio para control interno.
Médico Veterinario Zootecnista	14	Se torna oficio dirigido a la Jurisdicción Sanitaria de Tlalneapantla, para atención y envío del encéfalo para monitoreo rábico y se elabora Formato para

471

472

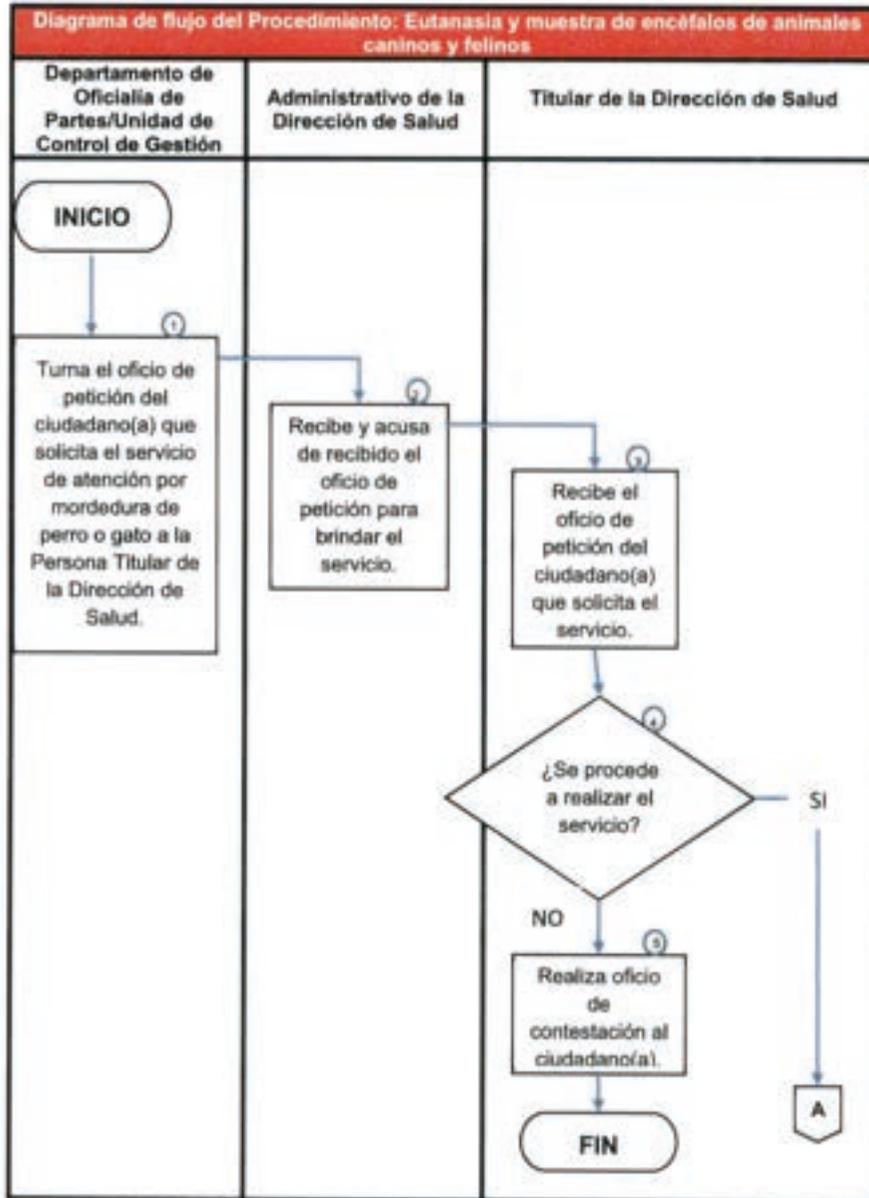


		envío de muestras biológicas para diagnóstico de rabia en animales.
Médico Veterinario Zootecnista	15	El encéfalo es enviado a la Jurisdicción Sanitaria Tlalnepanitla a la Jefatura de Departamento de Zoonosis y Vectores en una hielera para su conservación.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	16	Recibe reporte del Laboratorio Estatal en Salud Pública (LESP) del resultado de la muestra analizada.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	17	¿Qué procede?
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	18	Negativo. Se archiva y concluye el caso.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	19	Positivo. Se esperan instrucciones de la autoridad sanitaria competente.
Ciudadano(a)	20	Solicita el servicio a través de la Línea de atención Ciudadana al número 53664450 o al 01 800 13411341 en un horario de 9:00 am a 6:00 pm.
Ciudadano(a)	21	El ciudadano acude a la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal con su folio de reporte y con su perro o gato.
Médico Veterinario Zootecnista	22	Valora la condición del animal mediante una revisión clínica.
Médico Veterinario Zootecnista	23	Determina si el perro o gato cumple con los criterios para eutanasiarlo.
Médico Veterinario Zootecnista	24	¿El animal se encuentra en fase terminal o con alguna limitación física?
Médico Veterinario Zootecnista	25	No. No se procede a la eutanasia y remite a alguna Clínica u Hospital Veterinario para que le otorguen el tratamiento médico para la resolución de su enfermedad.
Médico Veterinario Zootecnista	26	Sí. Se procede a la eutanasia humanitaria del animal.
Ciudadano	27	El ciudadano deberá llevarse el cadáver del animal eutanasiado para su posterior disposición.
Médico Veterinario Zootecnista	28	Elabora el Formato de Eutanasia para control interno de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, el ciudadano firma el formato como responsable.
Auxiliar Administrativo de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	29	Archiva la documentación.
FIN		

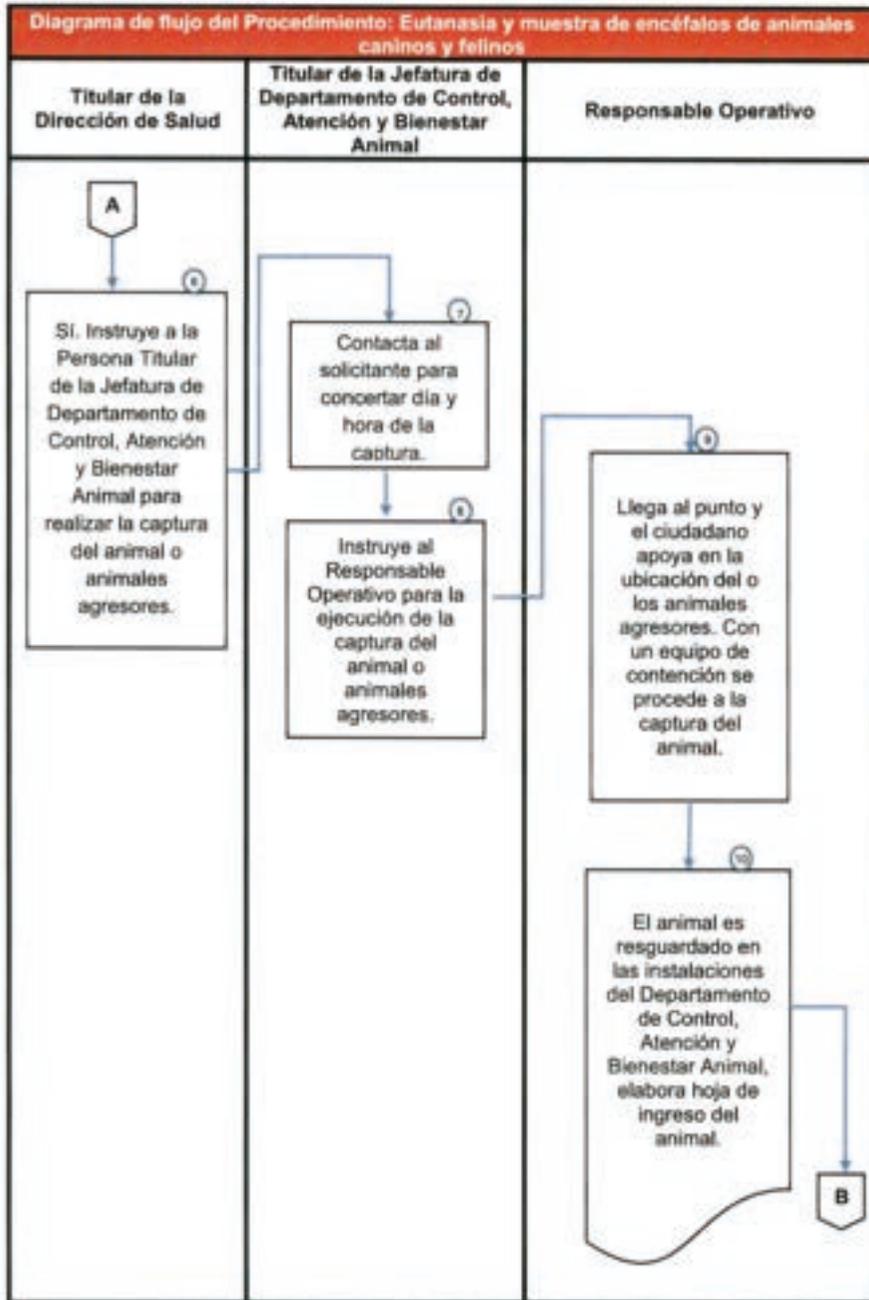




> **DIAGRAMA DE FLUJO**



474



475

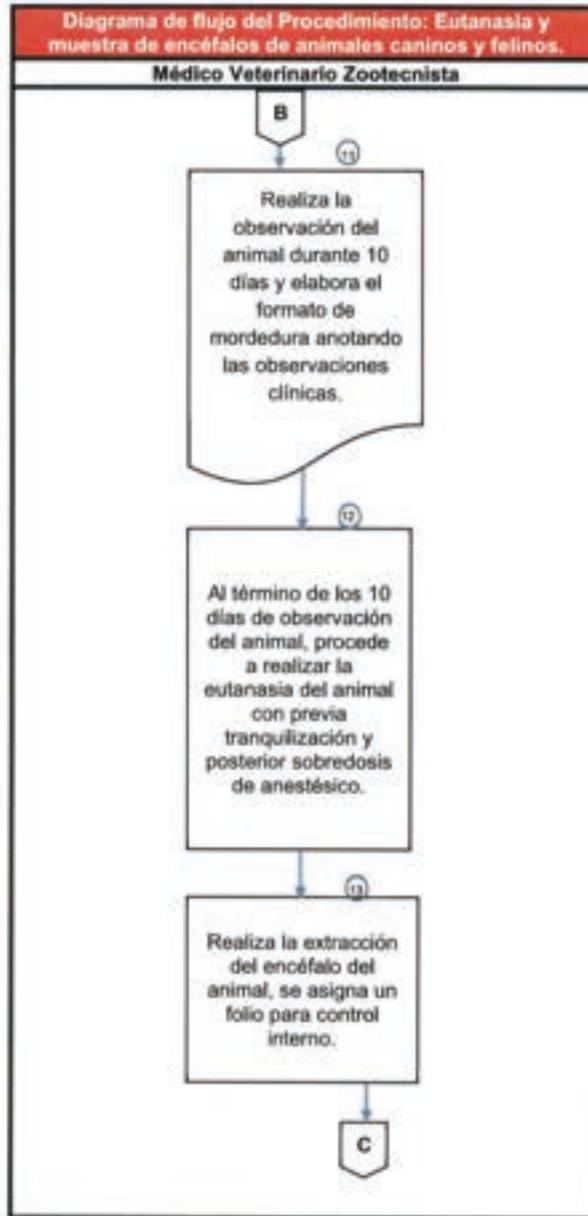
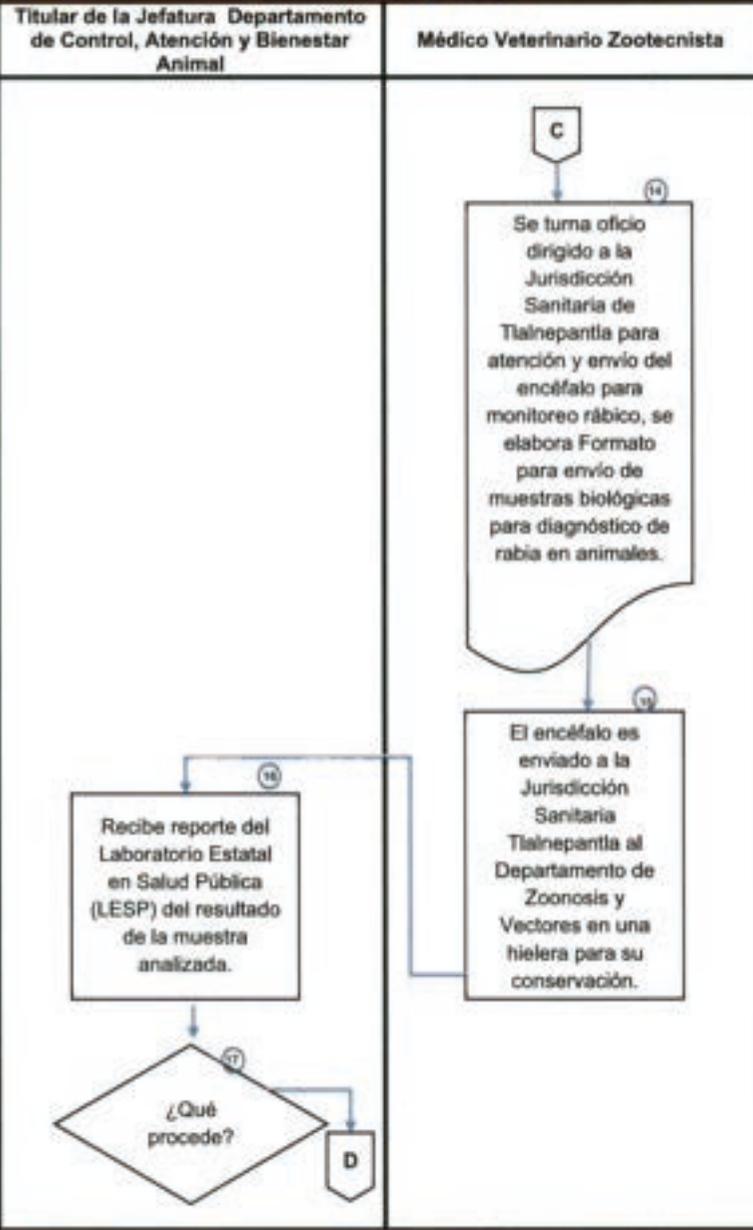
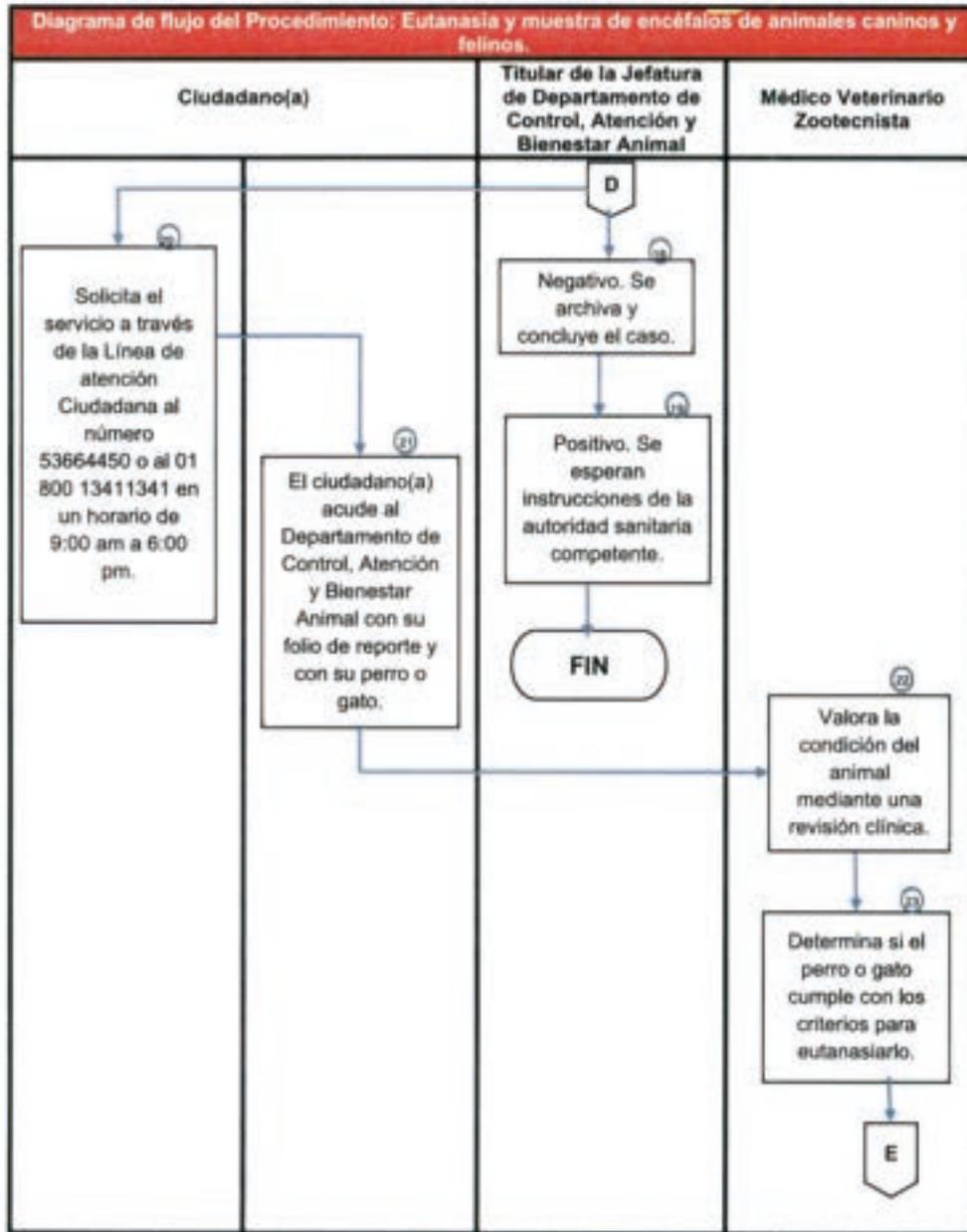


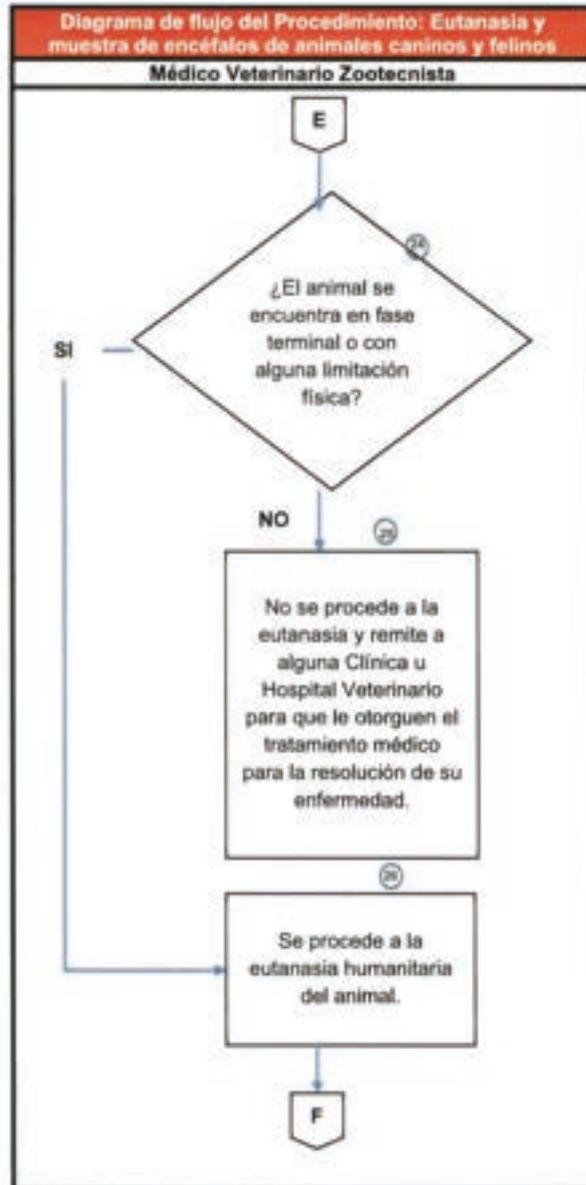


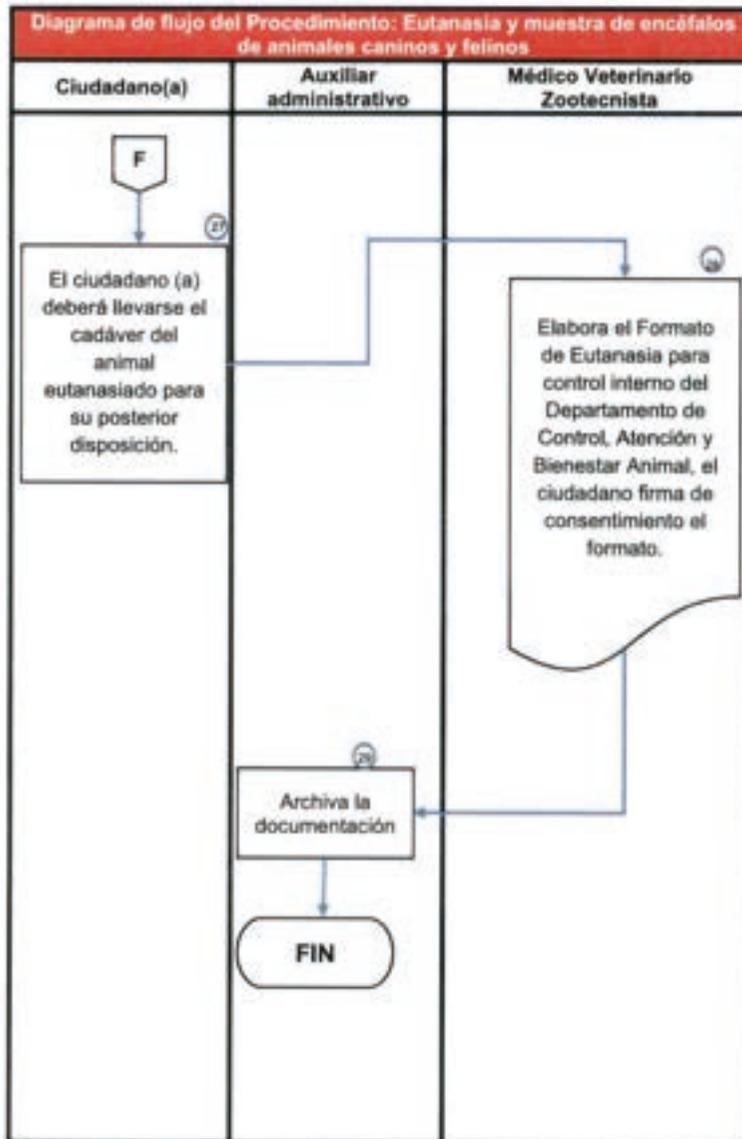
Diagrama de flujo del Procedimiento: Eutanasia y muestra de encéfalos de animales caninos y felinos



477









➤ **FORMATOS**

▪ **Hoja de ingreso del animal**



FECHA DE ENTRADA _____	NÚM. DE REPORTE _____
CAUSA DEL INGRESO: DONADOR _____ MORDEDURA _____ RESCATA _____	OTRA _____
DATOS DEL PROPIETARIO	
NOMBRE _____	RESERVA DE LA MASCOTA
CALLE _____ No. _____ Cal. _____	NOMBRE _____ ESPECIE _____
TELÉFONO _____	RAZA _____ SEXO _____ EDAD _____
SEÑALES PARTICULARES DE LA MASCOTA _____	COLOR _____ PESO APROX. _____
RESERVA _____	
RELOCALIZACIÓN FECHA _____	ELIMINACIÓN FECHA _____ PUNTO _____
DATOS DEL ADOPTANTE	
NOMBRE _____ DIRECCIÓN _____	TEL. _____
CUIA _____	UIA _____
NOMBRE Y FIRMA _____	NOMBRE Y FIRMA _____

481



Formato Registro Individualizado de Eutanasia



Registro Individualizado de Eutanasia

ESTADO: Tlalnepantla de Baz MUNICIPIO: Tlalnepantla

I. DATOS DE LA PERSONA QUE AUTORIZA LA EUTANASIA (solo mayores de 18 años)

CASADO SOLTERO VIUDO DIVORCIADO VIUVA

Nombre del propietario: _____ Sexo: _____ Género: Masculino Femenino

Tel. y e-mail: _____ Celular: _____ Correo: _____

Domicilio: Tlalnepantla, Estado: Mexico, Teléfono: _____

II. DATOS DEL ANIMAL

Especie: Canino Felino Otro Especificar: _____ Sexo: Macho Hembra No especificado

Nombre del animal: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Talla: _____

III. MOTIVO DE LA EUTANASIA

Enfermedad Accidente Incurabilidad del animal Comportamiento Ausencia del propietario Otro: _____

IV. METODO DE SACRIFICIO

Método utilizado: _____ Procedimiento: _____ Tipo: _____

V. QUIEN REALIZO EL SACRIFICIO

Casado Soltero Viudo Divorciado Viuva

VI. OBSERVACIONES

En primer caso de una facultad reservada a mi mascota anteriormente descrita para su eliminación mediante sacrificio humanitario de acuerdo a la NOM 083 ZOO 1993, debido a las causas antes expuestas y debido de todo cargo al personal responsable de la ejecución de dicha operación, así mismo, me comprometo a considerar con seriedad la tenencia de una nueva mascota la cual deberá ser esterilizada y vacunada contra la rabia en los Centros de Salud y Centros Veterinarios Municipales. Así mismo consideraré los gastos de mi mascota, así como en cualquier momento para la tenencia responsable de una nueva mascota.

MEDICO VETERINARIO RESPONSABLE DE LA EUTANASIA
(Nombre y Firma)

PERSONA QUE AUTORIZA LA EUTANASIA
(Nombre y Firma)

20/11/2022 09:11



AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNEPANTLA DE BAZ
2022 - 2024



- Oficio turnado a la Jurisdicción Sanitaria de Tlalnepantla, para envío de encéfalo



AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNEPANTLA DE BAZ
2022 - 2024

DIRECCIÓN DE SALUD



"2022, Año del Quincucentenario de la Fundación de Toluca de Lerdo, Capital del Estado de México"

Tlalnepantla de Baz, Edo de Méx. a 13 de junio de 2022.

Oficio: DS/DCAyBA/DLC/0056/22

Asunto: Monitoreo rábico.

M.A.H. y S.P. MITZI ANDREA CABELLO GONZÁLEZ
JEFE DE JURISDICCION SANITARIA NO. 14
TLALNEPANTLA DE BAZ.

A/1

AT N M.V.Z. EVELYN VANESSA ARREDONDO RAMIREZ
COORDINADOR DEL DEPTO. DE ZONOSIS
JURISDICCION SANITARIA
TLALNEPANTLA

PRESENTE.

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, así mismo le enviamos 15 muestras para estudio del virus rábico con números de folio TA07/001, TA07/002, TA07/003, TA07/004, TA07/005, TA07/006, TA07/007, TA07/008, TA07/009, TA07/010, TA07/011, TA07/012, TA07/013, TA07/014, TA07/015.

Se anexa al presente los formatos correspondientes

Sin más por el momento, quedó a sus órdenes para cualquier aclaración adicional.

ATENTAMENTE

[Handwritten signature]

M.V.Z. DAVID LUNA CRISANTO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL, ATENCIÓN
Y BIENESTAR ANIMAL DEL SM DIF TLALNEPANTLA DE BAZ



483

482

Nuevo Gobierno, *Nuevas Ideas*

Facebook Twitter YouTube Instagram @GovTlalnepantla 56 3622 0000



• Formato para envío de muestras biológicas, para diagnóstico de rabia en animales

		LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PUBLICA DEL ESTADO DE MEXICO		ISEM
		Formato para Envío de muestras biológicas para diagnóstico de rabia en animales		
1. DATOS DEL SOLICITANTE				
Institución:	Caso No.:	Fecha:		
Calle:	Colonia:			
Municipio:	Jurisdicción:			
Telefono:				
Medico Responsable:				
2. CARACTERISTICAS DEL ANIMAL				
Especie:	Edad:	Sexo:	Color:	
Yacunacion Antirabica:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	Fecha de Vacunacion:		
El animal tiene dueño:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	Nombre del Dueño:		
REFERENCIA DE UBICACIÓN DEL ANIMAL				
Calle y Número:				
Colonia:		Localidad:		
Municipio:		Otra:		
3. TIPO DE ESTUDIO.				
Monitoreo:		Sospechoso:		
Fecha de Muestra:	Causa de muerte:	Enfermedad	<input type="checkbox"/> Sacrificio	
Elaboro: (nombre y firma)				
In caso de sospecha de rabia llevar los siguientes:				
4. LESIONADOS Y/O CONTACTOS				
In caso de que el animal haya lesionado o haya tenido contacto con una persona contacte los siguientes:				
Fecha de Exposición:		Sitio de lesión:		
Nombre de la(s) persona (s) expuestas:				
Domicilio donde ocurrió la lesión:				
Telefono (persona lesionada):				
Unidad Medica Referido:				
5. SIGNOS O SINTOMAS DE ANIMAL SOSPECHOSO				
Fecha de inicio de signos y sintomas:		Animales en contacto:		
Datos clínicos:	<input type="checkbox"/>	Cambio de conducta (retramiento, apetito pervertido)		
<input type="checkbox"/> Agresividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Estacion	<input type="checkbox"/> Incoordinacion	
<input type="checkbox"/> Fotofobia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Paralisis	<input type="checkbox"/> Salvacion excesiva	
<input type="checkbox"/> Temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Postracion	<input type="checkbox"/> Muerte	
Observaciones:				
*101A: Favor de cooler las muestras dentro de las primeras 48 hrs despues de la toma en fresco e hielo de plastico				



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
M.V.Z. David Luna Crisanto	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General



UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE CONTROL ATENCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CAPTURA DE PERROS Y GATOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/DCAyBA/006

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS





> OBJETIVO

La Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, es la unidad administrativa responsable de coordinar y autorizar la captura en redadas de animales abandonados, y que deambulan en vía pública, en las diferentes colonias del municipio de Tlalnepantla de Baz.

El objetivo del procedimiento es capturar a perros y gatos que se encuentran en situación de vulnerabilidad, mediante un reporte ciudadano; y así trasladarlos a las instalaciones de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, para evitar casos de agresión por parte de estos animales en vía pública.

> ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud a través de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Constitución del Estado Libre y Soberano de México.
- Libro sexto del Código de la Biodiversidad del Estado de México.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz, México.
- Norma Oficial Mexicana NOM-042-SSA2-2006, Prevención y control de enfermedades. Especificaciones sanitarias para los centros de atención canina.
- Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011, Prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos.
- Norma Oficial Mexicana NOM-051-ZOO-1995, Trato humanitario en la movilización de animales.
- Norma Oficial Mexicana NOM-033-ZOO-1995, Sacrificio humanitario de los animales domésticos y silvestres.

> RESPONSABILIDADES

Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, deberá:

Recibir el reporte de captura del perro o gato en situación de vulnerabilidad; y canalizar al perro o gato a una asociación o con un ciudadano interesado en adoptar al animal.

Departamento de Oficialía de Partes/Unidad de Control de Gestión/Atención Ciudadana, deberán:

Recibir el reporte del ciudadano que solicita la captura de animales en situación de vulnerabilidad, mediante un oficio de petición a la persona titular de la Dirección de Salud y/o reporte mediante la línea telefónica de Atención Ciudadana.

486



Responsable Operativo, deberá:

Coordinar la captura del perro o gato en situación de vulnerabilidad y elaborar la hoja de ingreso del animal.

Personal Responsable, deberá:

Brindar la atención al reporte del perro o gato en situación de vulnerabilidad; realizar la búsqueda y captura del perro o gato; así como trasladar al perro o gato para su resguardo en las instalaciones de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.

➤ **GLOSARIO**

- **Atención Ciudadana:** Unidad Administrativa del H. Ayuntamiento Constitucional encargada de atender los reportes de los ciudadanos de Tlalnepantla, al cual podrán llamar al número 53664450 o al 01 800 13411341, en un horario de 9:00 am a 6:00 pm.
- **Oficialía de partes:** A la Unidad Administrativa del H. Ayuntamiento Constitucional de Tlalnepantla de Baz, encargada de recibir y turnar información o peticiones ciudadanas a las Unidad y Dependencias del Ayuntamiento y/a al SMDIF de Tlalnepantla de Baz.
- **Rescate de mascotas:** Captura y canalización de perros y gatos al Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal. perros o gatos en situación de vulnerabilidad.
- **Sacrificio:** Al acto que provoca la muerte de perros y gatos, mediante métodos autorizados y sin dolor. Se lleva a cabo en perros y gatos, que no son reclamados por sus propietarios, en un lapso mínimo de 48 horas y máximo de 72 horas, de acuerdo a las facilidades de resguardo existentes; así mismo aquellos perros o gatos que presenten traumatismos graves o con síntomas de una enfermedad visiblemente avanzada, serán sacrificados de inmediato; o bien se trate de un perro o gato agresor que haya ocasionado lesiones profundas y en cuyo destino final lo medie la orden de un juez.
- **Sujetador o Asidero:** Al tubo con un aro ajustable, en el que se introduce la cabeza de un perro o gato y se ajusta, sin estrangularlo, para atrapar justificada y humanitariamente a un animal.
- **Unidad de Control de Gestión:** A la Unidad Administrativa del Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz, encargada de recibir y turnar información o peticiones ciudadanas a las Dependencias y Unidades Administrativas que conforman al SMDIF.

➤ **INSUMOS**

- Folio de reporte para captura de perros y gatos en situación de vulnerabilidad realizado por el ciudadano vía telefónica al Sistema Integral de Atención Ciudadana.
- Oficio de petición dirigido a la persona Titular de la Dirección de Salud.
- Hoja de ingreso del animal.
- Vehículo perrera, sujetador





➤ RESULTADOS

Rescate de mascotas en situación de vulnerabilidad, lo cual previene la diseminación de enfermedades zoonóticas y otras afecciones a la salud pública.

➤ POLÍTICAS

- Atender a la población del municipio de Tlalnepantla de Baz que solicite captura de perros o gatos en situación de vulnerabilidad con calidez y calidad.
- Ofrecer un trato digno a los perros y gatos capturados en situación de vulnerabilidad.
- En la sujeción de perros y gatos deberán utilizarse correas deslizables especialmente diseñadas, asideros o sujetadores de mecanismo libertador y estándar, aro con red y redes para el adecuado manejo de los animales.
- La captura de animales en situación de vulnerabilidad, solo se realizará con previo reporte de Atención Ciudadana o por oficio dirigido a la persona Titular de la Dirección de Salud.
- Sólo se ejecutará el rescate de perros o gatos que se encuentren en vía pública.
- En los casos de que la captura sea por alguna agresión por parte del animal, solo se realizará bajo la petición ciudadana.
- Se llevará a cabo sacrificio humanitario en perros y gatos que no sean reclamados por sus propietarios en un lapso, mínimo de 48 horas y máximo de 72 horas, de acuerdo a las facilidades de resguardo existentes; asimismo aquellos perros o gatos que presenten traumatismos graves o con síntomas de una enfermedad visiblemente avanzada, serán sacrificados de inmediato; o bien se trate de un perro o gato agresor que haya ocasionado lesiones profundas y en cuyo destino final lo medie la orden de un juez.





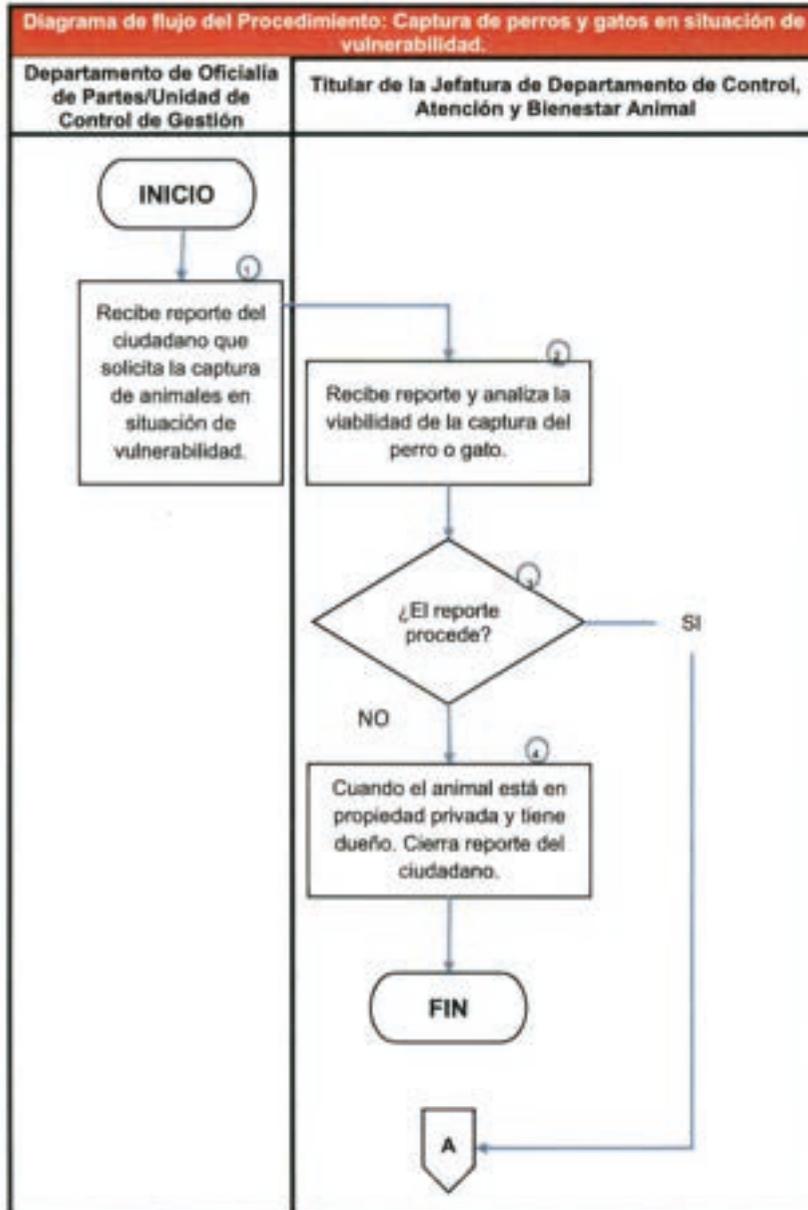
> DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Departamento de Oficialía de Partes/Unidad de Control de Gestión/Atención Ciudadana	1	Recibe reporte del ciudadano que solicita la captura de animales en situación de vulnerabilidad.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	2	Recibe reporte y analiza la viabilidad de la captura del perro o gato.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	3	¿El reporte procede?
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	4	No. Cuando el animal está en propiedad privada y tiene dueño. Cierra reporte del ciudadano.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	5	Sí. Cuando el animal representa un riesgo para la salud pública de la población.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	6	Instruye al Responsable Operativo para coordinar la captura del perro o gato.
Responsable Operativo	7	Acude con el Personal Operativo para brindar la atención al reporte.
Responsable Operativo	8	Instruye al Personal Operativo la búsqueda y captura del perro o gato.
Personal Operativo	9	¿El perro o gato fue localizado?
Personal Operativo	10	No. No se encuentra al perro o gato, se informa al Responsable Operativo.
Personal Operativo	11	Sí. Se procede a la captura.
Personal Operativo	12	Trasladan al animal a las instalaciones de la Jefatura de Departamento de Control Atención y Bienestar Animal.
Responsable Operativo	13	Elabora hoja de ingreso del animal.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	14	Canaliza al animal a una asociación o con algún ciudadano interesado en adoptar al perro o gato y concluye el reporte.
FIN		

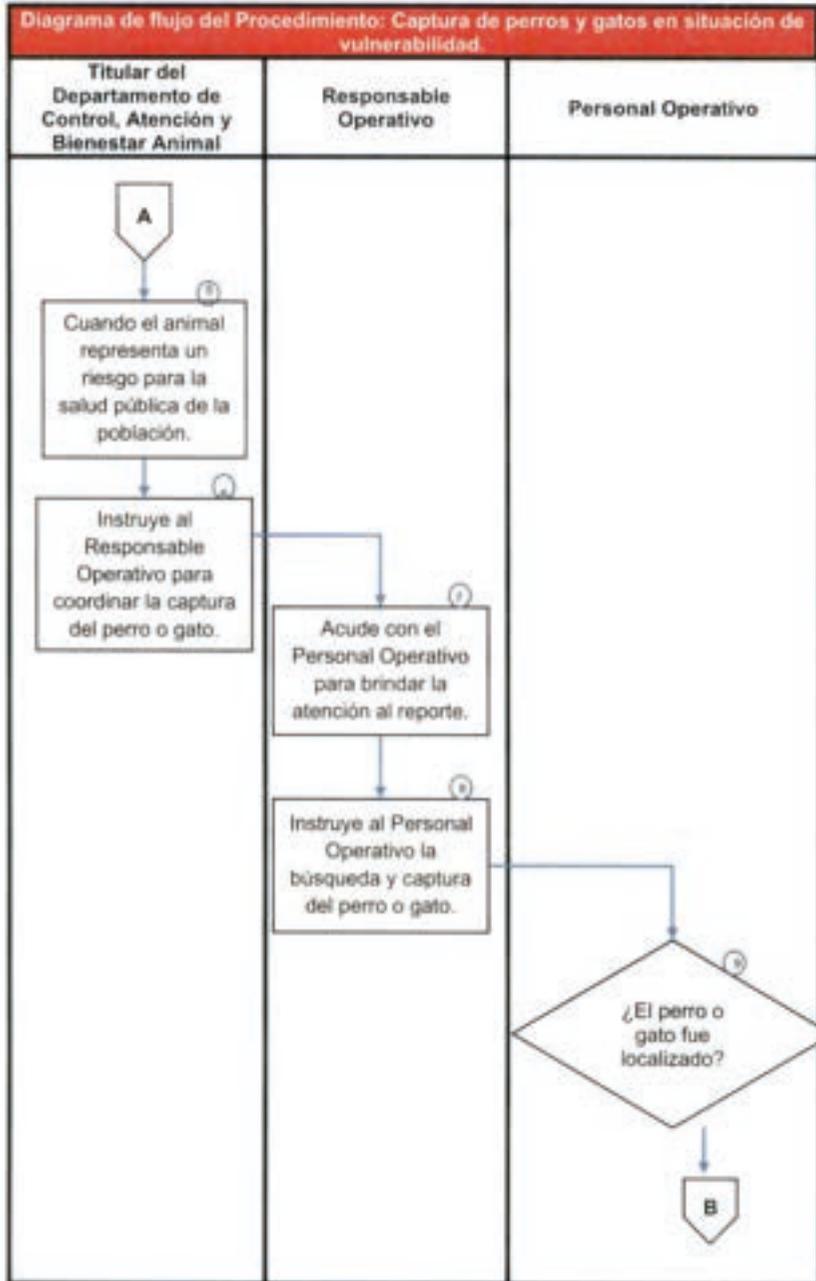


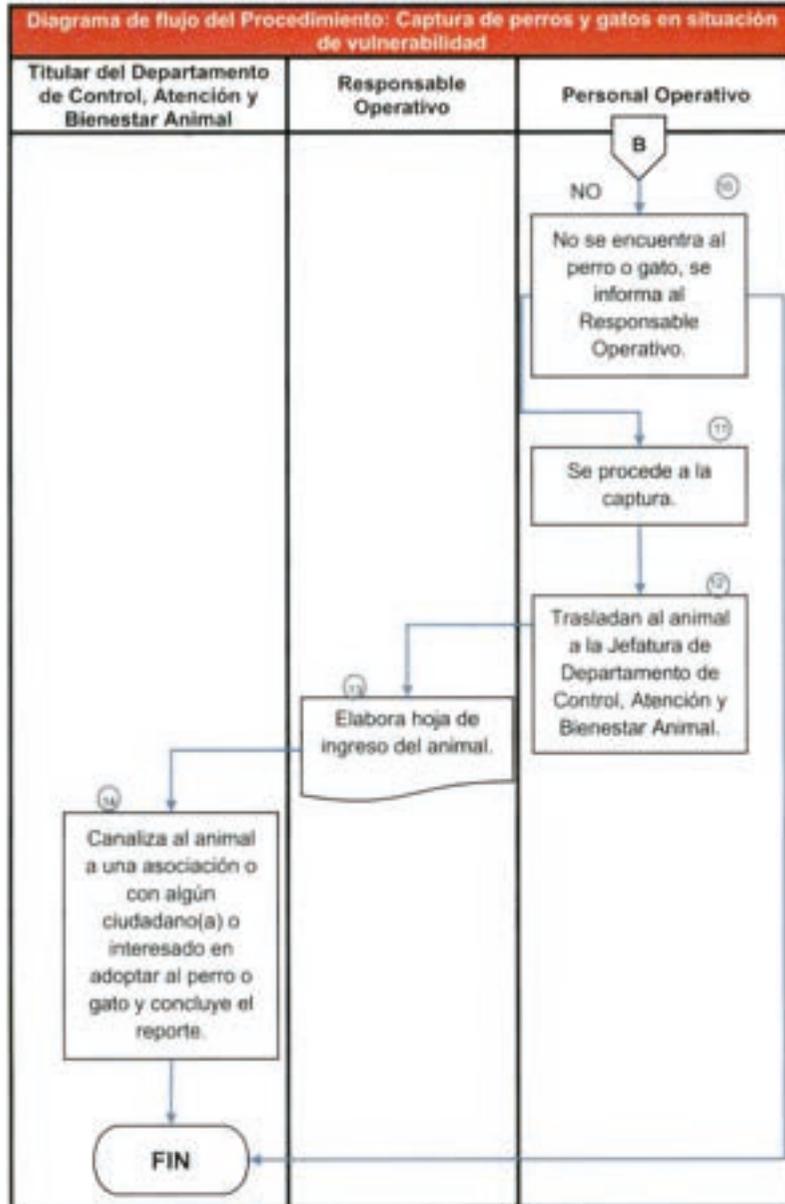


➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**



491







➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
M.V.Z. David Luna Crisanto	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General



UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE CONTROL ATENCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ADOPCIÓN DE ANIMALES CANINOS Y FELINOS EN SITUACIÓN DE CALLE
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/DCAyBA/007

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS





> OBJETIVO

La Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, es la unidad administrativa responsable de desarrollar y aplicar programas de educación y concientización sobre el cuidado de los animales.

El objetivo de este procedimiento recae en difundir, promover y fomentar la adopción de perros y gatos para brindar una nueva oportunidad, para aquellos animales que fueron donados o rescatados y se encuentran en resguardo de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, con la finalidad de evitar que estos animales deambulen en vía pública y puedan ser adoptados.

> ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud, a través, de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal; así como a los ciudadanos(os) del municipio de Tlalnepantla de Baz, que deseen adoptar a un perro o un gato.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Constitución del Estado Libre y Soberano de México.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz.
- Libro Sexto del Código de la Biodiversidad del Estado de México y sus reformas y adiciones. Publicado en la Sección Tercera de la Gaceta del Gobierno del Estado de México.
- Norma Oficial Mexicana NOM-042-SSA2-2006, Prevención y control de enfermedades. Especificaciones sanitarias para los centros de atención canina.
- Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011, Prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos, Fracción 5.1.3.

> RESPONSABILIDADES

Persona Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, deberá:

Instruir al auxiliar administrativo, para que permita el acceso de la persona solicitante para la adopción de la mascota.

Administrativo de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, deberá:

Brindar la atención al ciudadano(a), interesado en adoptar una mascota, el cual acude a las instalaciones de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal ubicado en calle Zacatecas #6, Col. Constitución de 1917, Tlalnepantla de Baz, en un horario de atención de 9:00 am a 4:00 pm.

496



Comprobar disponibilidad de mascotas resguardadas en las instalaciones; tomar los datos del solicitante e incluirlo en la lista de espera, para adopción de mascotas e informar de la solicitud de adopción, a la persona Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.

Proporcionar los formatos de adopción al ciudadano(a) para su llenado, y solicitar la copia del INE y del comprobante de domicilio; programar la cita al ciudadano(a) para la entrega de su nueva mascota.

Comunicar al ciudadano(a) adoptante, que la recolección de su nueva mascota, que será entregada en las instalaciones de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal; así como informar la adopción, a la persona Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.

Médico Veterinario Zootecnista, deberá:

Mostrar a los perros y gatos disponibles al solicitante; asimismo, explicar las características en que se encuentra cada animal.

Médico Veterinario Zootecnista, deberá:

Realizar la anestesia de la mascota previamente con responsiva firmada, realiza la antisepsia del plano anatómico a incidir; así como proceder a la Ooforo salpingo histerectomía o a la Orquiectomía, según sea el caso.

Ciudadano(a), deberá:

Elegir a una mascota; así como llenar y entregar la documentación requerida por la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.

➤ **GLOSARIO**

- **Adopción:** La adopción de animales es el proceso de tomar la responsabilidad de un animal que un dueño previamente ha abandonado o dejado en un refugio de animales.
- **Animal:** perro o gato.
- **Donación:** Otorgamiento de una mascota de forma voluntaria y sin esperar premio ni recompensa alguna.
- **Esterilización:** Proceso por el cual se incapacita para su reproducción a un perro o a un gato mediante técnicas quirúrgicas (ovario histerectomía, orquiectomía bilateral).
- **Ooforo Salpingo Histerectomía:** Proceso quirúrgico indicado para la extracción de los órganos reproductores de la hembra.
- **Orquiectomía:** Proceso quirúrgico indicado para la extracción de los órganos reproductores del macho.

➤ **ACRÓNIMOS**

- **INE:** A la credencial expedida por el "Instituto Nacional Electoral".





- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

➤ **INSUMOS**

- Formato de adopción de mascotas debidamente requisitado.
- Copia de la Credencial de Elector INE.
- Copia de comprobante de domicilio (agua, luz, teléfono o predial).

➤ **RESULTADOS**

Brindar una nueva oportunidad para aquellos animales que fueron donados o rescatados, mediante la adopción de mascotas para las personas que así lo requieran.

➤ **POLÍTICAS**

- Ofrecer un trato digno a los perros y gatos resguardados en las instalaciones de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.
- El ciudadano(a) interesado en adoptar una mascota deberá presentarse en las instalaciones de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal ubicado en: Zacatecas #6, Col. Constitución de 1917, Tlalnepantla de Baz, en un horario de atención de 9:00 am a 4:00 pm.
- La documentación necesaria para adoptar a un animal es la siguiente:
 - ✓ Copia de comprobante de domicilio.
 - ✓ Copia de identificación oficial.
 - ✓ Número telefónico de contacto.
- La persona adoptante deberá coadyuvar al seguimiento que realizará la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, en donde se verificará que el perro o gato se encuentra en óptimas condiciones.





➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Administrativo de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	1	Brinda la atención al ciudadano(a) interesado en adoptar una mascota, el cual acude a las instalaciones de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.
Administrativo de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	2	Informa de la solicitud de adopción a la persona Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	3	Instruye al Administrativo de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal a que permita el acceso a la persona solicitante para adopción de mascota.
Administrativo de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	4	Comprueba la disponibilidad de mascotas resguardadas en las instalaciones.
Administrativo de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	5	¿Se cuenta con disponibilidad de mascotas para adopción?
Administrativo de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	6	No. Toma los datos del solicitante y lo incluye en la lista de espera para adopción de mascotas.
Administrativo de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	7	Sí. Canaliza al solicitante con el Médico Veterinario Zootecnista.
Médico Veterinario Zootecnista	8	Muestra a los perros y gatos disponibles al solicitante; asimismo, explica las características en las que se encuentra cada animal.
Ciudadano(a)	9	Elige a un perro o gato.
Administrativo de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	10	Proporciona los formatos de adopción al ciudadano para su llenado y solicita copia del INE y del comprobante de domicilio.
Ciudadano(a)	11	Realiza el llenado del formato de adopción y entrega copia de documentación requisitada.
Administrativo de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	12	Programa la cita al ciudadano para la entrega de su nueva mascota; se notifica la adopción a la persona Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	13	Instruye al Médico Veterinario Zootecnista la esterilización de la mascota adoptada.
Médico Veterinario Zootecnista	14	Esteriliza a la mascota.

500

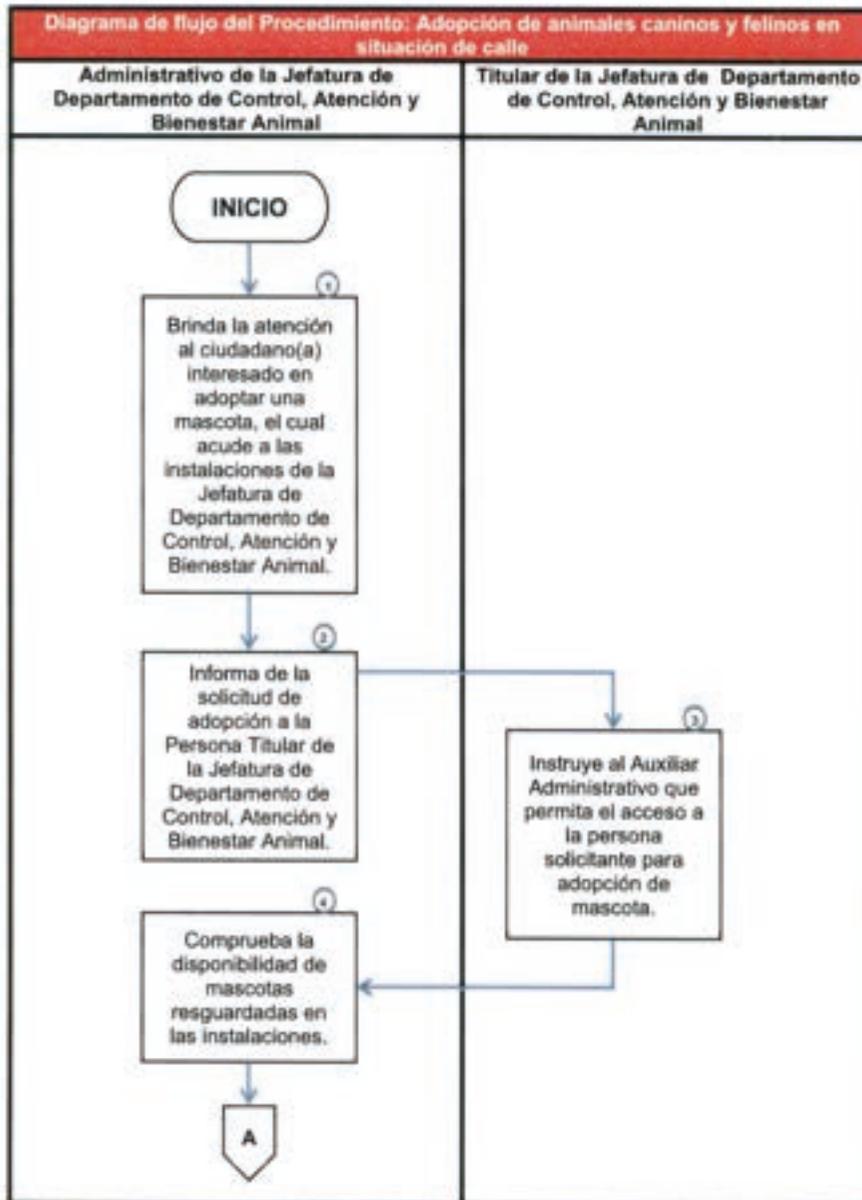


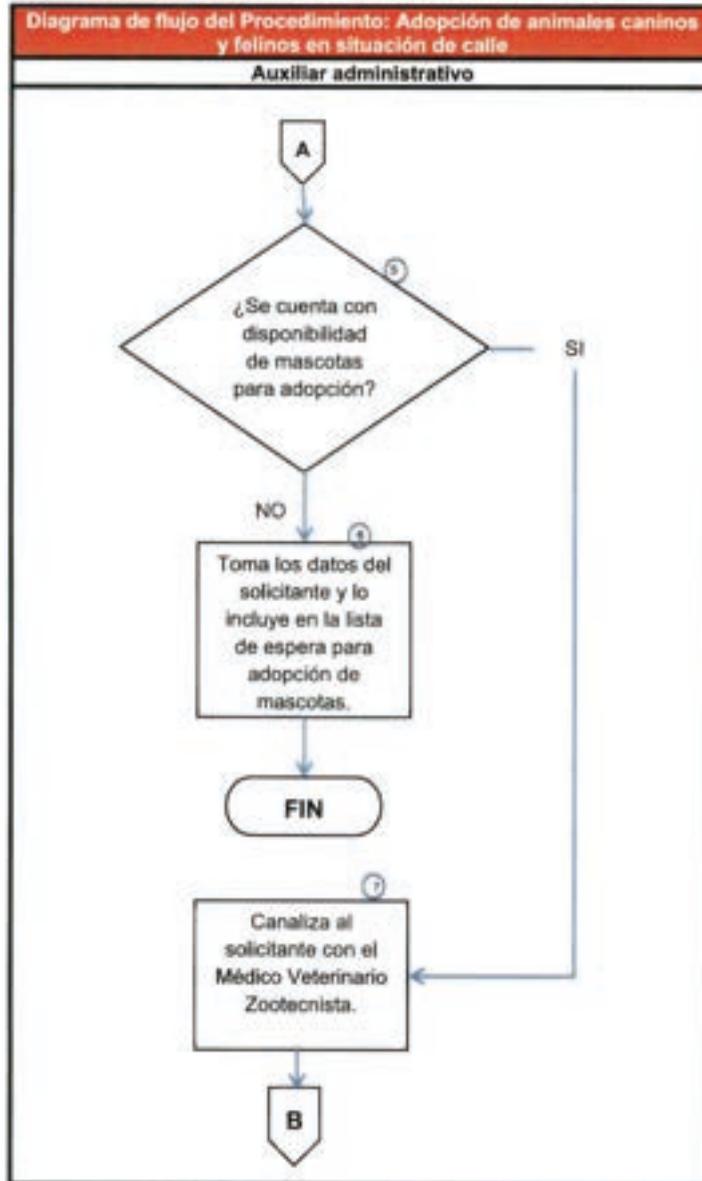
Administrativo de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	15	Se comunica con el ciudadano adoptante para confirmar la cita de adopción.
Ciudadano(a)	16	Acude a las instalaciones de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal para la entrega de su mascota.
Administrativo de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	17	Archiva la documentación de la mascota adoptada.
FIN		

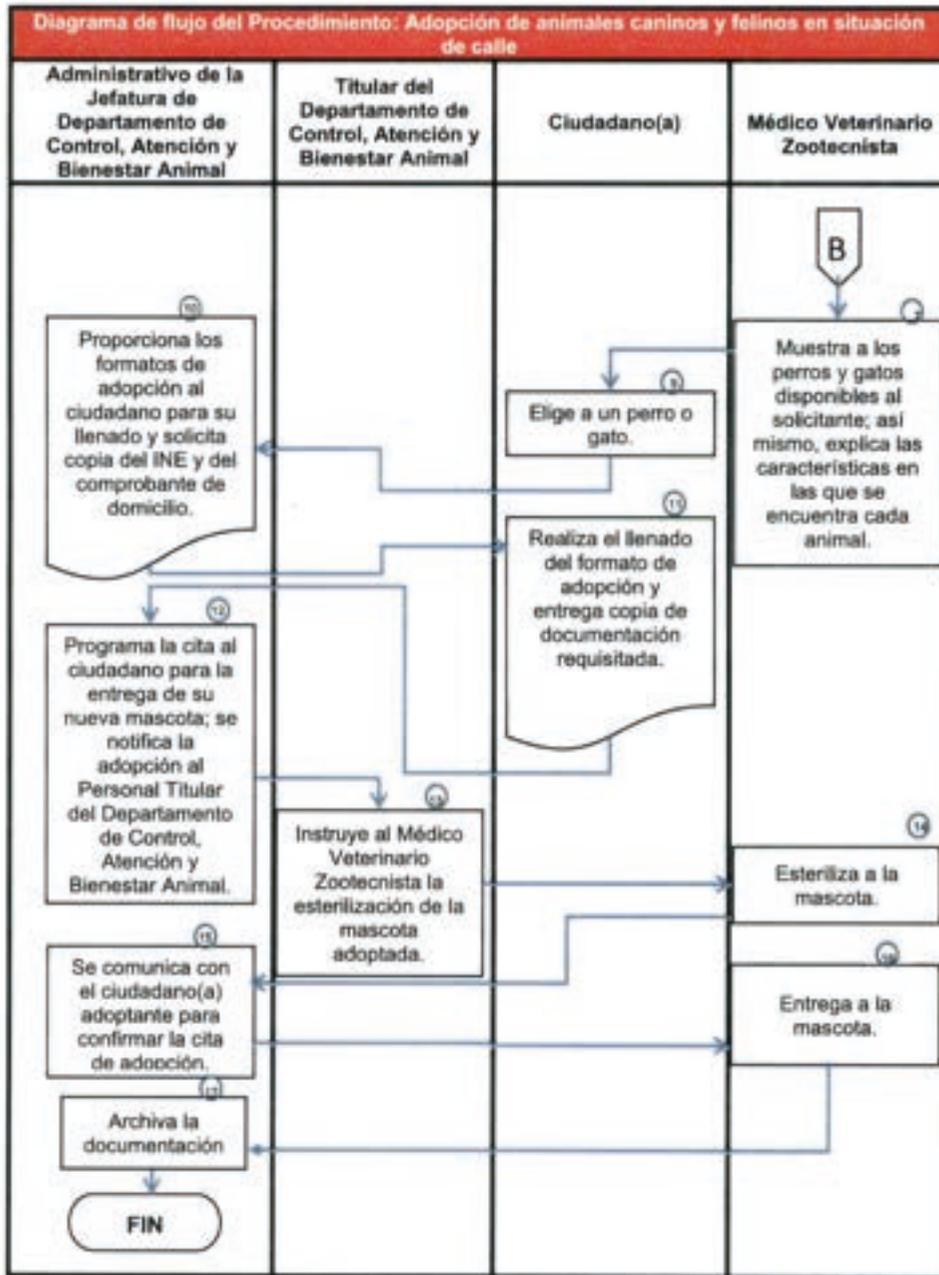




> DIAGRAMA DE FLUJO









➤ **FORMATOS**

• **Formato de adopción de mascotas**



DIRECCIÓN DE SALUD
DEPARTAMENTO DE CONTROL, ATENCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL

FECHA DE ADOPCIÓN: _____

DATOS DEL ADOPTANTE:

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO LOCAL: _____ **TEL. MÓVIL:** _____

E-MAIL: _____ **OCCUPACIÓN:** _____

DATOS DEL ANIMAL ADOPTADO:

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____

SEXO: _____ **COLOR:** _____

TAMAÑO: _____ **PROCEDENCIA:** _____

ESTERILIZADO: _____ **VACUNAS:** _____

DESPARASITACIÓN: _____

CONCEPTO: _____

EL ADOPTANTE DECLARA:

- 1) Estoy conforme con las condiciones de adopción estipuladas en la parte posterior de este contrato.
- 2) Que las personas que viven en su domicilio, donde vivirá el animal adoptado, han sido informados previamente de su deseo de adoptar y todos están de acuerdo en satisfacer y cumplir las condiciones del contrato como "propietarios indirectos".
- 3) Haber sido informado previamente del estado de salud, edad, carácter y características físicas del animal adoptado por parte del Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.
- 4) Esta adopción no responde a un impulso, sino a un acto meditado y de conformidad con su familia.
- 5) Que el animal que está recibiendo portará desde el día de su adopción su collar y correa, correspondientes al mismo o que en no más de 15 días naturales portará también su placa de identificación, ya que asumirá todas las responsabilidades relativas con el animal de compañía que recibe, llevando a cabo su programa de vacunación y desparasitación en tiempo y forma correcta.
- 6) Aclarar cualquier tipo de tratamiento al Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, a estar dando informes aproximadamente cada 15 días y/o al mes de cómo se encuentra en todo aspecto de salud, por teléfono o cualquier medio electrónico, así como cambios de dirección o forma de contacto.
- 7) Declarar al animal de compañía inmediatamente que le sea requerido por el Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, en caso de que no cumple con alguna de las obligaciones establecidas en el presente contrato y en caso de regresar a domicilio cuando este aviso que estará incumpliendo en el deber de abuso de confianza.



• Formato de adopción de mascotas (continuación)



CONTRATO DE DEPÓSITO A TÍTULO GRATUITO DE ANIMAL DE COMPAÑÍA PROPIEDAD DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL, ATENCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL.

EL ADOPCIÓN SE COMPROMETE, MEDIANTE LA FIRMA DE ESTE CONTRATO, A:

- 1) Ofrecer los cuidados que requiere el animal, alimentación, cuidado de pases, llevarlo a hacer sus necesidades fuera del lugar de descanso y recoger sus heces, darle cobijo y tratarlo con respeto y cariño. Llevar un control sanitario, visitando a su veterinario para vacunaciones, desparasitaciones y por cualquier enfermedad que se le origine. **NO PERMITIR BAUC NINGUNA CIRCUNSTANCIA** que el animal adoptado transite libremente por la vía pública, parques o campos, sin estar acompañado por su propietario y siempre portando collar con correa y su placa de identificación.
- 2) Nunca debe descuidarlo, hacerlo pelear o trabajar, ni jugar con él, nor debe abandonarlo, regalarlo, cederlo, venderlo o sacarlo sin justificación veterinaria por enfermedad muy grave, que lo obligue (si fuera así, deberá mostrar certificado de un SMC titulado que avale el padecimiento del animal y su estancia hospitalaria). No realizar amputaciones de ningún tipo por motivos estéticos. Nunca debe pegarlo, humillarlo ni utilizarlo con fines económicos.
- 3) Cumplir con la legislación vigente y de nueva publicación de carácter federal, estatal y municipal, sobre animales de compañía y tenencia responsable.
- 4) Informará al Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, de la adopción del animal adoptado, así como cualquier cambio de domicilio que se produzca, de teléfono o e-mail, muerte o pérdida del animal (ver punto 5).
- 5) El Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, queda libre de cualquier responsabilidad civil o penal que pueda derivar de la tenencia o comportamiento del animal en el futuro, a partir del día de entrega del mismo al adoptante.
- 6) El adoptante acepta que se realicen visitas a su domicilio, por el Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, con el fin de observar el estado de adaptación, estado y condiciones del animal, con el fin de retirar en cualquier momento y circunstancia la custodia del mismo si considera que no está adecuadamente atendido o no se cumplen el actual contrato (ver cualquiera de sus puntos), sin responsabilidad alguna para el Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.
- 7) Siempre que el Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, decida recoger de nuevo el animal adoptado, este será entregado de buen grado por el adoptante, sin dañar su integridad física, ni psíquica. Si el adoptante no concuerda en esta entrega, serán por cuenta del mismo la totalidad de los gastos judiciales para la recuperación del animal que se trate y rescisión de la adopción cuya figura legal es un contrato de depósito a título gratuito.
- 8) En caso de no ser capaz algún día para continuar encargándose del animal adoptado, procederá a comunicarlo al Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, quien iniciará de nuevo los trámites para la búsqueda de un nuevo adoptante. En esta situación, el adoptante cederá el animal mientras se le encuentra nuevo dueño, en caso de que regrese enfermo al animal de compañía, deberá pagar los gastos médicos veterinarios que se generen para que recupere su salud.
- 9) En caso de que el Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, recupere al animal por cualquier motivo y si el mismo presenta algún tipo de lesión o requiere tratamiento veterinario por falta de cuidados, enfermedad o cualquier otro causado directa o indirectamente por el adoptante, por lo presente este acepta asumir todos los gastos en los que el Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, deberá incurrir para la recuperación del animal.
- 10) El adoptante tiene un plazo de un mes (un mes de calendario mayores a 1 mes) y máximo (o la edad recomendable para esterilizar (en hembras mayores de 1 mes), en caso de que aún no haya recibido este servicio el adoptado, y tendrá un máximo de 21 días naturales para proporcionarle una placa de identificación que lo permita contar





> VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
M.V.Z. David Luna Crisanto	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General



UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE CONTROL ATENCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ATENCIÓN A CASOS DE MALTRATO ANIMAL
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2022/MP/DS/DCAyBA/008

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- RESULTADOS
- POLÍTICAS
- DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
- DIAGRAMA DE FLUJO
- FORMATOS





> OBJETIVO

Atender casos de maltrato animal (aquellos que no cuenten con una calidad de vida), asimismo crear conciencia en el trato digno y respetuoso hacia los animales.

> ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud a través de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal; así como a la población del municipio que reporte casos de maltrato animal.

> FUNDAMENTO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Constitución del Estado Libre y Soberano de México.
- Reglamento Interno del Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz, México
- Libro sexto del Código de la Biodiversidad del Estado de México.
- Norma Oficial Mexicana NOM-042-SSA2-2006, Prevención y control de enfermedades. Especificaciones sanitarias para los centros de atención canina.
- Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011, Prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos. Fracción 5.1.3.
- Norma Oficial Mexicana NOM-051-ZOO-1995, Trato humanitario en la movilización de animales.

> RESPONSABILIDADES

Persona Titular del Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, deberá:

Contactar al solicitante para concertar día y hora para la atención al caso de maltrato animal; instruir al Responsable Operativo para atender el caso; así como canalizar al animal a una asociación para su seguimiento y posible adopción.

Médico Veterinario Zootecnista, deberá:

Hacer la revisión clínica del animal.

Responsable Operativo, deberá:

Acudir con el Personal Operativo para brindar la atención al reporte; y resguardar al animal en las instalaciones de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, elabora hoja de ingreso del animal.

Personal Operativo, deberá:

Asistir al lugar donde se reporte el caso de maltrato animal y se procede a la inspección; en caso de no confirmar maltrato, hacer recomendaciones al propietario para la tenencia responsable de mascotas; y en caso de confirmar el maltrato retirar al animal.



Atención Ciudadana/Departamento de Oficialía de Partes/Unidad de Control de Gestión, deberá:

Recibir el oficio de petición o reporte telefónico del ciudadano(a), que reporta el caso de maltrato animal.

> **GLOSARIO**

- **Atención Ciudadana:** Unidad Administrativa del H. Ayuntamiento Constitucional encargada de atender los reportes de los ciudadanos de Tlalnepantla de Baz, al cual podrán llamar al número 53664450 o al 01 800 13411341 en un horario de 9:00 am a 6:00 pm.
- **Maltrato Animal:** Comprende comportamientos que causan dolor innecesario o estrés a los animales. Los mismos van desde la negligencia en los cuidados básicos hasta la tortura, la mutilación o la muerte intencionada.
- **Oficialía de partes:** A la Unidad Administrativa del H. Ayuntamiento Constitucional de Tlalnepantla de Baz, encargada de recibir y turnar información o peticiones ciudadanas a las Unidad y Dependencias del Ayuntamiento y/a al SMDIF de Tlalnepantla de Baz.
- **Sacrificio:** Al acto que provoca la muerte de perros y gatos, mediante métodos autorizados y sin dolor. Se lleva a cabo en perros y gatos que no son reclamados por sus propietarios, en un lapso mínimo de 48 horas y máximo de 72 horas, de acuerdo a las facilidades de resguardo existentes; así mismo aquellos perros o gatos que presenten traumatismos graves o con síntomas de una enfermedad visiblemente avanzada, serán sacrificados de inmediato; o bien se trate de un perro o gato agresor que haya ocasionado lesiones profundas y en cuyo destino final lo medie la orden de un juez.
- **Unidad de Control de Gestión:** A la Unidad Administrativa del Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz, encargada de recibir y turnar información o peticiones ciudadanas a las Dependencias y Unidades Administrativas que conforman al SMDIF.

> **ACRÓNIMOS**

- **PROPAEM:** Procuraduría de Protección al Ambiente del Estado de México.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

> **INSUMOS**

- Folio de reporte por caso de maltrato animal.
- Hoja de ingreso del animal.
- Formato de historia clínica.

> **RESULTADOS**

Atención a reporte de maltrato animal.



➤ POLÍTICAS

- Atender a la población del municipio de Tlalnepanitla de Baz, que solicite la atención a un caso de maltrato animal con calidez y calidad.
- Ofrecer un trato digno a los perros y gatos que resulten de un reporte de maltrato animal.
- En la sujeción de perros y gatos deberán utilizarse correas deslizables especialmente diseñadas, asideros o sujetadores de mecanismo libertador y estándar, aro con red y redes para el adecuado manejo de los animales.
- La atención a casos de maltrato animal solo se realizará con previo reporte en Atención Ciudadana o con oficio dirigido a la Persona Titular de la Dirección de Salud, ingresado por el Departamento de Oficialía de Partes o la Unidad de Control de Gestión.



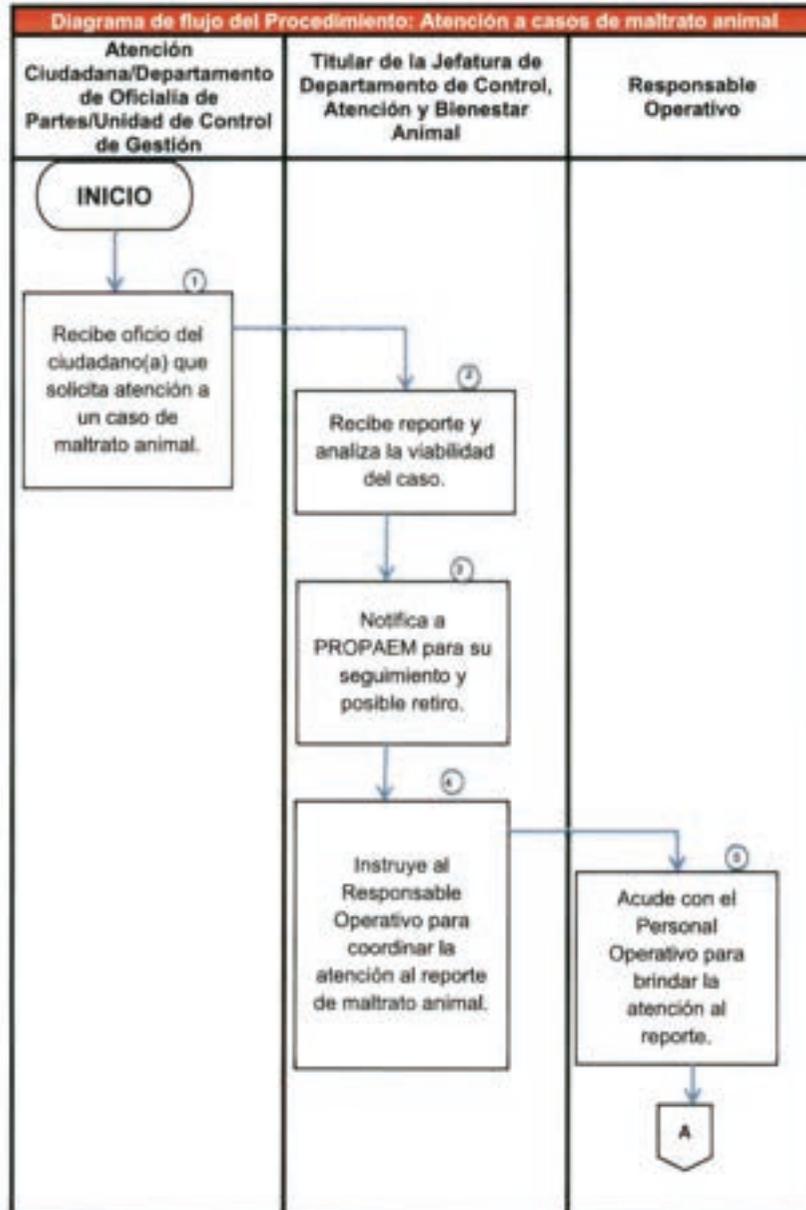


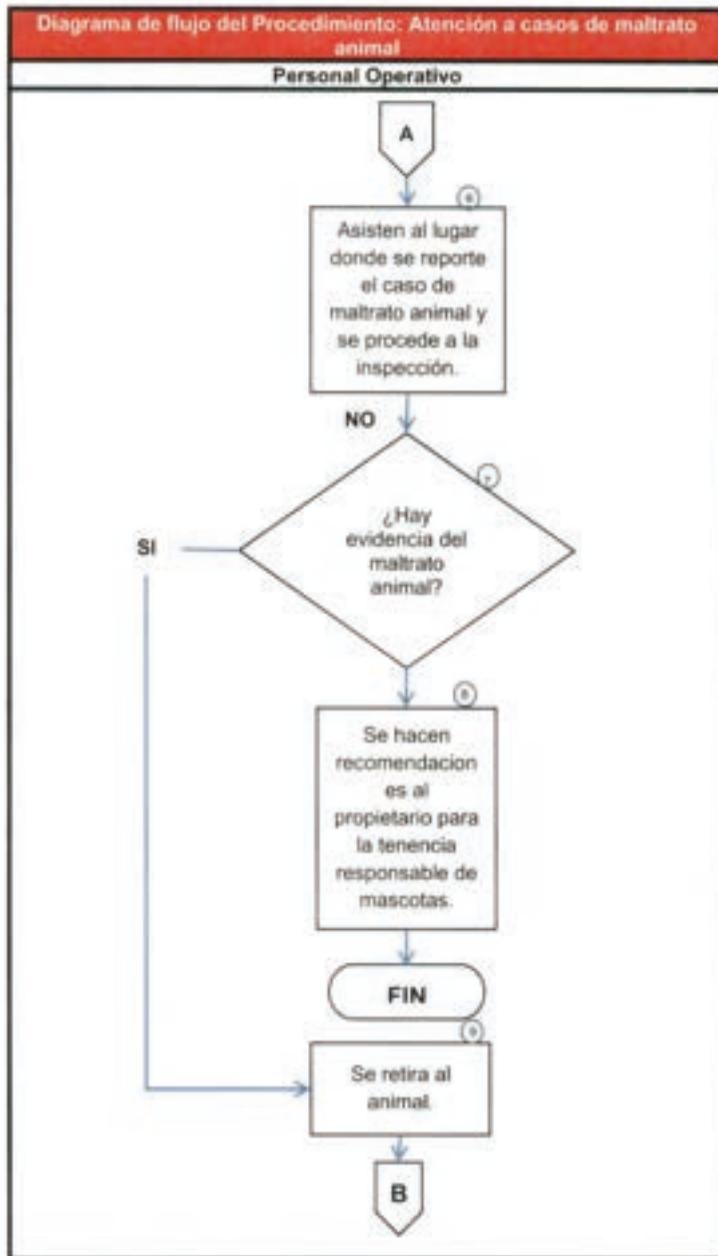
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

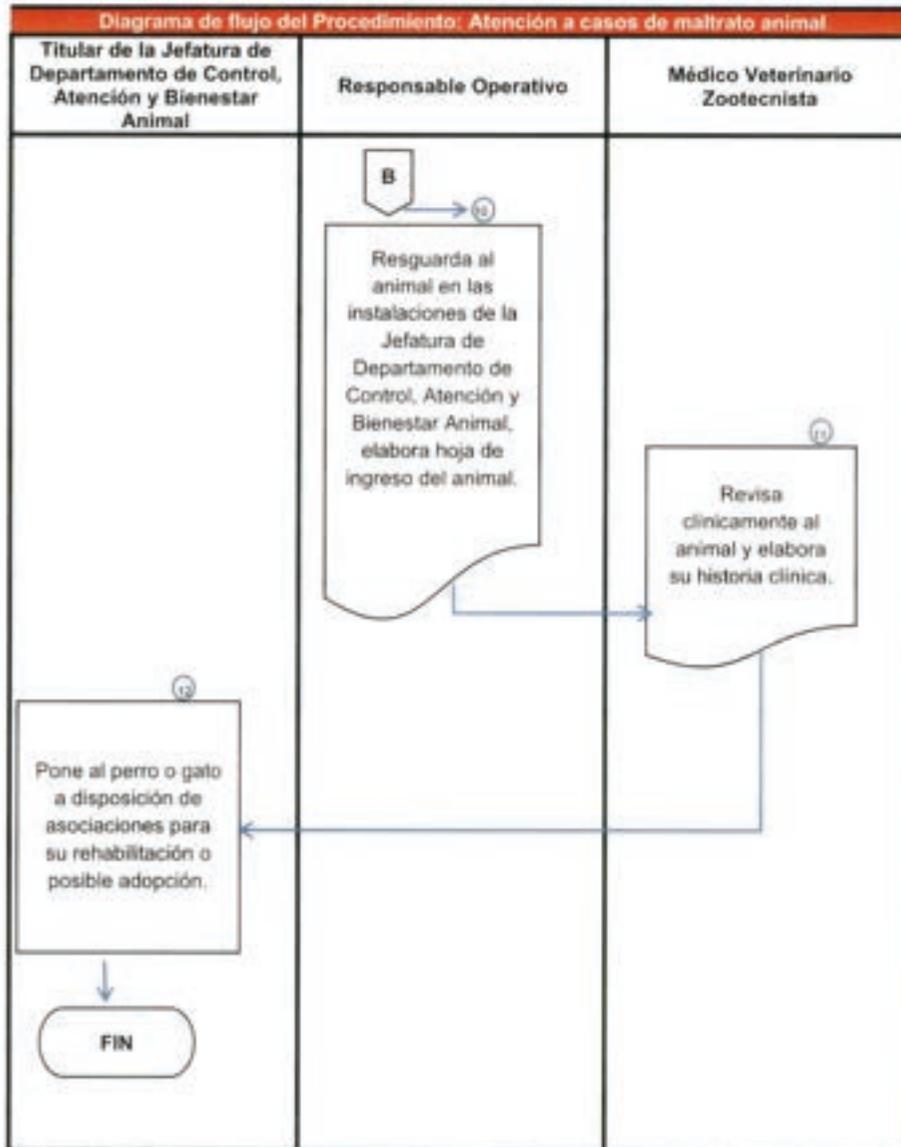
Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Atención Ciudadana/Departamento de Oficialía de Partes/Unidad de Control de Gestión	1	Recibe oficio o reporte telefónico del ciudadano(a) que solicita atención a un caso de maltrato animal.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	2	Recibe reporte y analiza la viabilidad del caso.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	3	Notifica a PROPAEM para su seguimiento y posible retiro.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	4	Instruye al Responsable Operativo para coordinar la atención al reporte de maltrato animal.
Responsable Operativo	5	Acude con el Personal Operativo para brindar la atención al reporte.
Personal Operativo	6	Asisten al lugar donde se reporte el caso de maltrato animal y se procede a la inspección.
Personal Operativo	7	¿Hay evidencia de maltrato animal?
Personal Operativo	8	No. Se hacen recomendaciones al propietario para la tenencia responsable de mascotas.
Personal Operativo	9	Sí. Se retira al animal.
Responsable Operativo	10	Resguarda al animal en las instalaciones de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, elabora hoja de ingreso del animal.
Médico Veterinario Zootecnista	11	Revisa clínicamente al animal y elabora su historia clínica.
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	12	Pone al perro o gato a disposición de asociaciones para su rehabilitación o posible adopción.
FIN		



➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**









➤ **FORMATOS**

- **Hoja de ingreso del animal**



FECHA DE ENTRADA _____ Nº DE REPORTE _____

CAUSA DEL INGRESO: DONACION _____, MORBUNDIA _____, ROMPA _____, OTRA _____

DATOS DEL PROPIETARIO: NOMBRE _____, DIRECCIÓN DE LA MASCOTA _____

TELÉFONO _____, RAZA _____, SEXO _____, EDAD _____

SEÑAS PARTICULARES DE LA MASCOTA _____

OBSERVACION _____

RECEPCIÓN: FECHA _____, ELIMINACIÓN: FECHA _____, FOLIO _____

DATOS DEL ADOPTANTE: NOMBRE _____, DIRECCIÓN _____, TEL. _____

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA





• Formato de historia clínica



PAIS: _____

FECHA: _____

DATOS DEL PROPIETARIO	
NOMBRE:	_____
DOMICILIO:	_____
TELÉFONO:	_____

DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE:	_____	ESPECIE:	_____
EDADE:	_____	SEXO:	_____
COLORES:	_____	EDAD:	_____

CONSTANTES FISIOLÓGICAS			
PC:	_____	RI:	_____
RESPIRO REGULATORIO:	_____	RESPIRO TUSIGUENO:	_____
PALMO PERCUSIÓN:	_____	MUCOSAS:	_____
% DE DEHIDRATACIÓN:	_____	TEMPERATURA:	_____
PCMO:	_____	CC:	_____
% U:	_____	EDUCACIONAL:	_____
UNFONDOS:	_____		

ANAMNESIS

1. MOTIVO DE LA CONSULTA: _____
2. TIEMPO DE EVOLUCIÓN: _____
3. TRATAMIENTOS ANTERIORES: _____
4. ENTORNAMIENTOS ANTERIORES: _____
5. SI DIAGNÓSTICO: FORMAL (PRUEBAS DE LAB) INFORMAL (OPINIÓN) _____
6. CONVIVE CON OTRAS MALCOSTIAS: SI NO ¿CUÁNTAS? _____
ENTORNOS: SI NO ¿CÓMO PRESENTAN? _____
7. ¿QUE COMET? _____ ¿QUE MASCAN? _____
BANCOS: _____ ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA? _____
8. ¿SE HA CAMBIADO O MODIFICADO ALGO MÁS A SU DENT? _____
9. ¿LEVE A LA CALIDAD DE SU HABITAT? SI NO ¿CÓMO COMBAT? SI NO _____

VACUNAS	DEPARASITACIONES
_____	_____
_____	_____
_____	_____



• Formato de historia clínica (Continuación)



20. **PROBETA DE AGUA** _____

21. **¿CÓMO ORINA?** COLOR _____ OLOR _____ CANTIDAD _____
PRESENCIA DE SANGRE: _____ **PUJ:** _____ **PROTEÍNA:** _____
CANTIDAD DEL CHORRO: _____

22. **¿HA HAYO O SIBO DE PESO ULTIMAMENTE?** SI NO

23. **¿CAMBIO SU ACTIVIDAD?** _____

24. **¿APETITO?** **MEJORADO** **DEGRADADO** **NINGO**

25. **¿CÓMO DEFIECA?**
CONSISTENCIA: _____ **FRECUENCIA:** _____ **CANTIDAD:** _____
PRESENCIA DE SANGRE: _____ **PARASITOS:** _____ **CON MUCOS:** _____
COLORACIÓN: _____

26. **¿HA PRESENTADO VÓMITOS?** SI NO
COLOR: _____ **SANGRE:** _____ **FORMA:** _____ **PARASITOS:** _____
FRECUENCIA: _____ **SOLUCIÓN:** _____

27. **PRESENCIA DE PARASITOS EXTERNOS:** SI NO (¿CUÁLES?) _____

28. **¿ACUDE MUCHO LA CABEZA?** SI NO

29. **¿HA TENIDO ALGUNO ORUGA?** SI NO (¿CUAL?) _____

30. **¿HA OBSERVADO ALTERACIONES NEUROLÓGICAS?**
CONVULSIONES: _____ **PARALISIS/INCOORDINACIÓN:** _____ **FRITACION:** _____ **DEVIACIÓN:** _____ **SISMO:** _____
NOTASAS: _____ **ESTRABISMO:** _____ **TORCEROS:** _____

31. **¿HA OBSERVADO ALTERACIONES RESPIRATORIAS?**
FLUIDO NASAL: _____ **COLORACIÓN DEL MOCO:** _____ **TON:** _____ **ESTORNUDO:** _____
ESTORNUDO INVERSO: _____ **ESFUERZO PARA RESPIRAR:** _____

32. **PIRUITAS:** SI NO **LOCALIZACIÓN:** _____ **(¿SEEN CUANDO?)** _____

33. **PROBLEMAS LOCOMOTORES**
CLÁSIDA: _____ **(¿QUE EXTREMIDADES?)** _____ **PARALISIS/INCOORDINACIÓN:** _____ **PIEDA DE ORO:** _____

34. **¿HA SUFRIDO NIÑERIAS?** SI NO (¿CUAL?) _____

35. **PREVENCIONES:** _____

36. **PRUEBAS DE LABORATORIO:** _____

37. **TRATAMIENTO:** _____

38. **DE DERIVADO:** _____





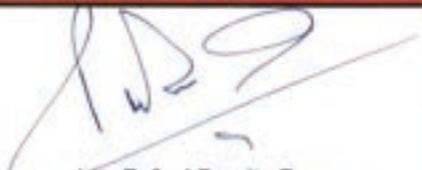
➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
M.V.Z. David Luna Crisanto	Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





IV. VALIDACIÓN DEL MANUAL

Vo. Bo.	
 C. Maria Gómez Martínez Titular de la Presidencia Honoraria	
Elaboró	Revisó
 Dra. Linda Mercedes Herrera Fuentes Titular de la Dirección de Salud	 L.C. Fernando Granados Rivera Titular de la Secretaría Técnica
Validó	Autorizó
 Lic. Rafael Peralta Zayas Titular del Órgano Interno de Control	 C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes Titular de la Dirección General

520





Ayuntamiento de Tlalnepantla de Baz,
Estado de México 2022-2024

C. Marco Antonio Rodríguez Hurtado

Presidente Municipal

C. Ivette Yadira Campos Padilla

Primera Síndica

C. Arleth Stephanie Grimaldo Osorio

Segunda Síndica

C. Samuel Ugalde Chávez

Primer Regidor

C. Teresa Garduño Suárez

Segunda Regidora

C. Rafael Johnvany Rivera López

Tercer Regidor

C. Nadya de Jesús Cruz Serrano

Cuarta Regidora

C. Víctor Manuel Pérez Ramírez

Quinto Regidor

C. Verónica Liliana Rocha Vélez

Sexta Regidora

C. Christian Alejandro Quintana Muñoz

Séptimo Regidor

C. Iván Moisés Gatica López

Octavo Regidor

C. María de Lourdes Curiel Rocha

Novena Regidora

C. Mauricio Ontiveros Salgado

Décimo Regidor

C. Marisela Blanquet Torres

Décima Primera Regidora

C. Carlos Alberto Cruz Jiménez

Décimo Segundo Regidor

C. Edmundo Rafael Ranero Barrera

Secretario del Ayuntamiento



www.tlalnepantla.gob.mx