



Gaceta Municipal

Viernes 03 de noviembre de 2023

Número 42 (Quinta Sección)

Volumen 2

Órgano Oficial del Ayuntamiento
de Tlalnepantla de Baz

"2023. Año del Septuagésimo Aniversario del Reconocimiento del Derecho al Voto de las Mujeres en México".

Sumario

Manual 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
2023-2024



 **DIF**



TLALNEPANTLA DE BAZ

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS





M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLAXCALTANA DE 2022-2024



DIRECCIÓN DE SALUD

3
7



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



© 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.

**Actualización.
Septiembre de 2023.**

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.





ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN	1
2. LISTADOS DE PROCEDIMIENTOS	2
3. DIRECCIÓN DE SALUD.....	4
3.1. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN A NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)	18
3.2. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE REHABILITACION PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	44
3.3. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN E INCLUSIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	138
3.4. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE SALUD PREVENTIVA	178
3.5. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA	210
3.6. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.....	238
3.7. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE LABORATORIO.....	290
3.8. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES	337
3.9. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE CONTROL, ATENCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL	368
4. VALIDACIÓN DEL MANUAL	465
5. DIRECTORIO	466





1. 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 XV 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.





2. LISTADOS 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)

1. Atención a Niñas y Niños con Trastorno del Espectro Autista.

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 (PREVEDIF).
5. Atención en trabajo social.
6. Atención médica 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 y talleres para el autoempleo.
3. Valoración psicológica.

Jefatura de Departamento de Salud Preventiva

1. Consulta médica general y de especialidades.
2. Certificado médico.
3. Sutura, retiro de implante subdérmico, retiro de diu traslocado y lavado de oídos.

Jefatura de Departamento de Odontología

1. Servicios odontológicos.
2. Enjuagatorios de flúor en escuelas primarias.

Jefatura de Departamento de Enfermería

1. Servicios de enfermería.
2. Curaciones, retiro de puntos o inyección intramuscular.
3. Detección de cáncer cérvico-uterino.
4. Exploración mamaria.
5. Aplicación de dosis de biológico.





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. Pláticas y talleres enfocados a la prevención de adicciones y taller psico-educativo.

Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal

1. Servicios médicos veterinarios.
2. Esterilización quirúrgica para perros y gatos.
3. Vacunación antirrábica y desparasitación interna de perros y gatos.
4. Estética animal.
5. Eutanasia humanitaria y monitoreo rábico.
6. Adopción de animales.
7. Atención a reportes ciudadanos.





3. DIRECCIÓN DE SALUD

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	DIRECCIÓN DE SALUD
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ESTUDIO SOCIOECONÓMICO Y CORTESÍA MÉDICA
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/MP/DS/001

ÍNDICE

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





➤ OBJETIVO

Realizar el seguimiento sobre aquellos casos que requieran la realización de “Estudios socioeconómicos internos o externos”, sin costo alguno, mediante los cuales es posible calificar los diferentes niveles socioeconómicos y 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 que la persona usuaria lo pueda presentar ante 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; así como a las personas que se encuentren en situación de vulnerabilidad y que soliciten el estudio socioeconómico.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

Federal:

- ◆ 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 de Asistencia Social.
- ◆ Ley Federal del Trabajo.
- ◆ NOM-031-SSA3-2012, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

Estatal:

- ◆ 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.



- ◆ Libro Segundo del Código Administrativo del Estado de México

Municipal:

- ◆ Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz.
- ◆ Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, México.

➤ **RESPONSABILIDADES**

Titular de la Dirección de Salud, deberá:

Supervisar que el personal de Trabajo Social asignado a la Dirección de Salud, cuente con lo necesario para realizar los estudios socioeconómicos a la población que lo solicite.

Supervisar el trabajo del personal de Trabajo Social; verificar y recibir su informe mensual; recibir y validar la información que emite el personal de Trabajo Social, correspondiente a los usuarios atendidos; así como autorizar el otorgamiento gratuito de los servicios médico asistenciales, mediante estudios socioeconómicos realizados por el personal de Trabajo Social de la Dirección de Salud.

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; realizar visitas domiciliarias para satisfacer las necesidades de las(os) usuarias(os) a efecto de asegurar y facilitar su acceso a los servicios de salud, de conformidad a sus capacidades socioeconómicas.

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

Informar en tiempo y forma a la Dirección de Salud, sobre las actividades y decisiones que se efectuaron bajo las necesidades de las(os) usuarias(os), como resultado del estudio socioeconómico.

Llevar el control de los estudios socioeconómicos realizados y de los servicios médico-asistenciales gratuitos otorgados; así como resguardar la información confidencial de las(os) usuarias(os).



Usuarios(as), deberán:

Solicitar estudio socioeconómico y/o cortesía médica, de manera verbal o escrita; responder con veracidad y plena honestidad las preguntas realizadas en la entrevista realizada 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(a) 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, que obtiene beneficios y satisfacción al utilizarlo, y 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 tener contacto directo con la persona y/o su familia, constatando exactamente el lugar donde vive, e 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.
- Carta compromiso.

➤ RESULTADOS

1. Que la persona que se encuentre en situación de vulnerabilidad; y que no cuente con derecho-habiente 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, a través de un estudio socioeconómico.
2. Que la persona 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 maltrato.
- 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(a) que será beneficiado.
 - ✓ Teléfono de contacto del usuario(a) que será beneficiado.
 - ✓ INE del usuario que será beneficiado con domicilio en Tlalnepantla de Baz
- En caso de que los/las titulares de las Unidades Administrativas adscritas a la Dirección de Salud, requieran la realización de estudios socioeconómicos para el desarrollo de sus funciones, deberán observar lo siguiente:
 - ✓ Deberán hacer la solicitud mediante oficio a la Dirección de Salud.
 - ✓ 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 copia simple de 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 entregó 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.





- 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(as), tanto para el otorgamiento de un servicio del SMDIF o para instancias externas; y estos serán 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.



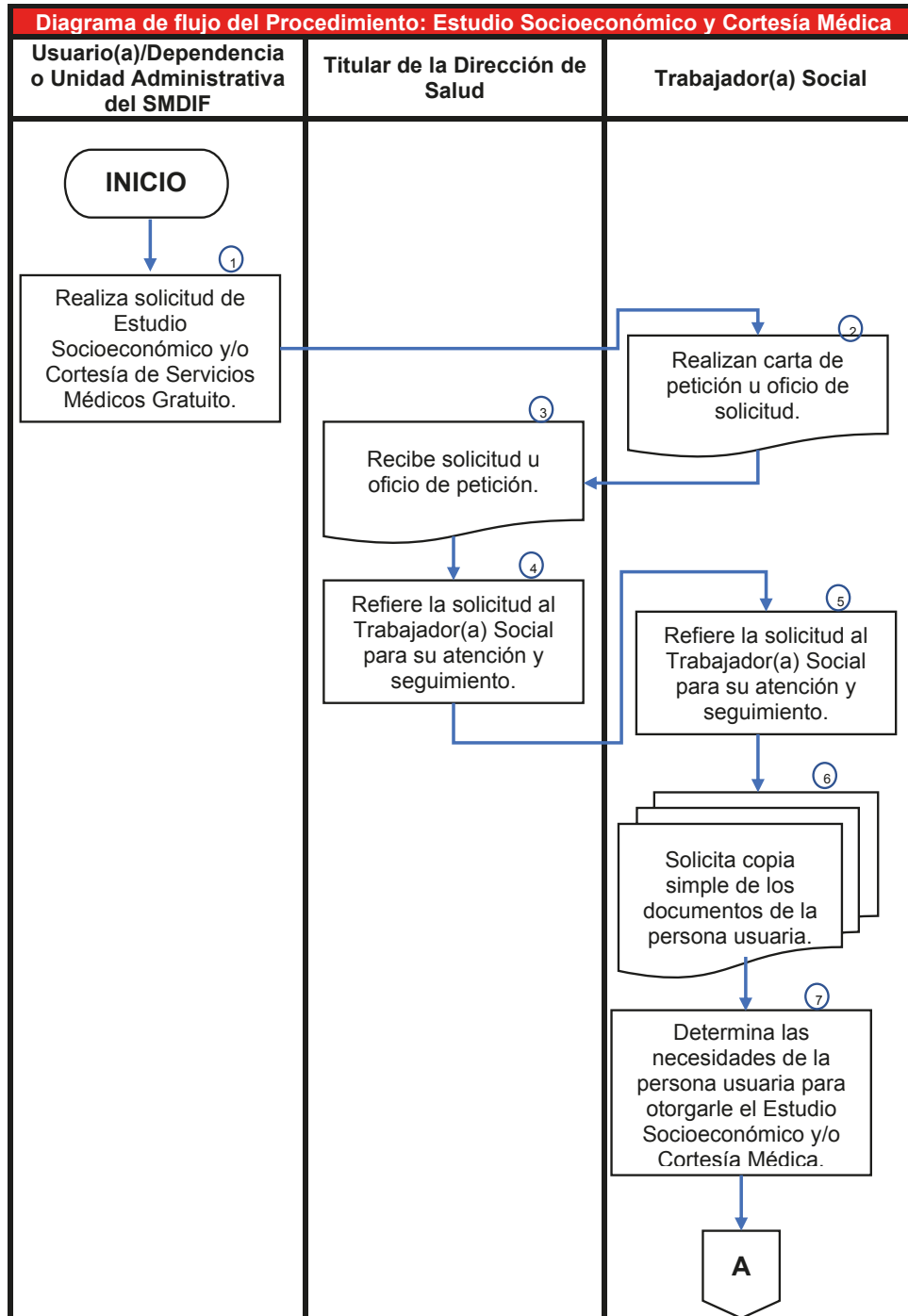


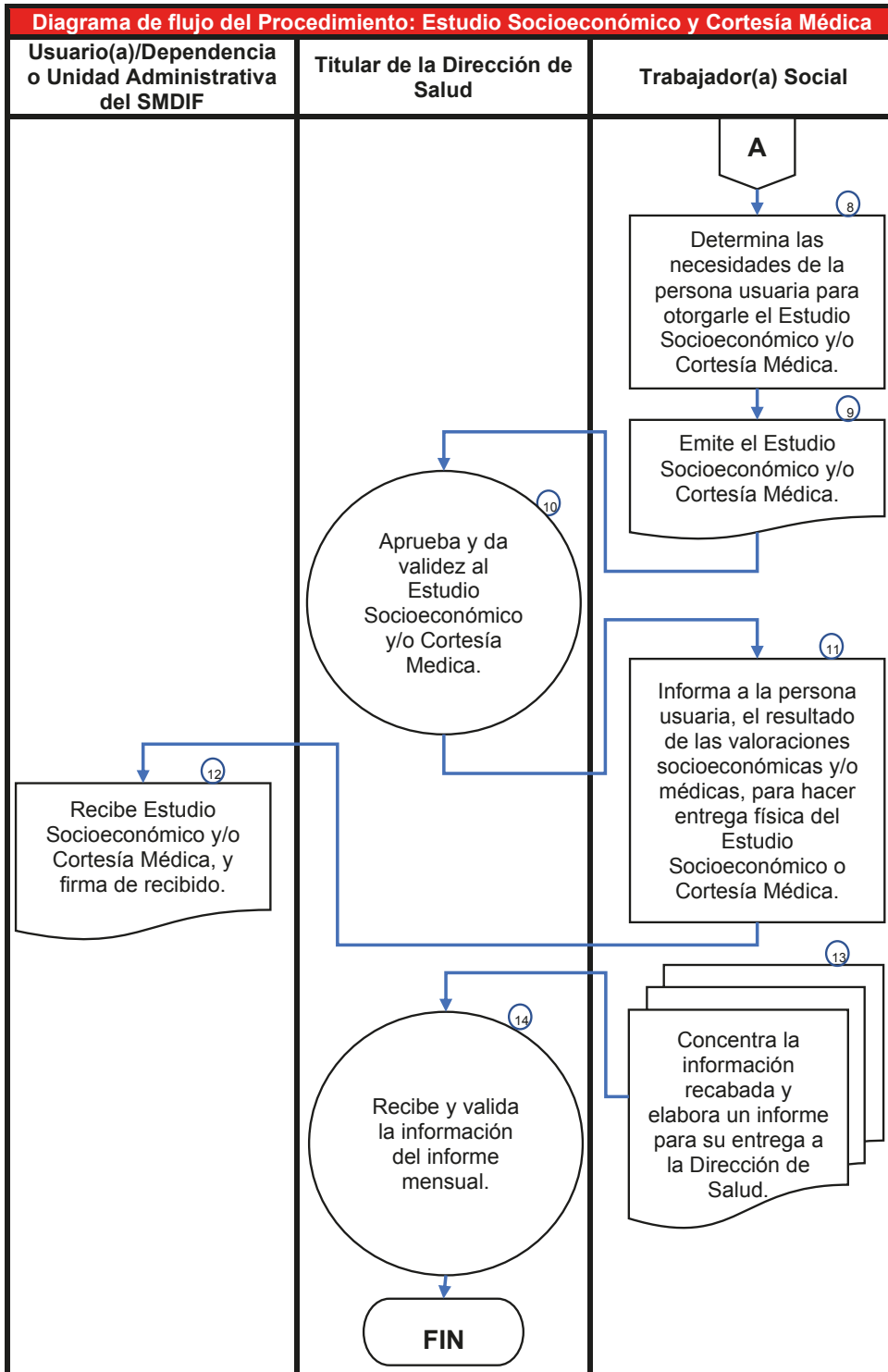
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario(a)/Dependencia o Unidad Administrativa del SMDIF	1	Realiza solicitud de Estudio Socioeconómico y/o Cortesía de Servicios Médicos Gratuitos, con el fin de que la persona usuaria pueda presentar el estudio socioeconómico a alguna Institución para obtener beneficios o gratuidad en el servicio médico público o privado; o ser beneficiario de algún servicio médico en el SMDIF Tlalnepantla de Baz.
Usuario(a)/Dependencia o Unidad Administrativa del SMDIF	2	Realizan carta de petición u oficio de solicitud.
Titular de la Dirección de Salud	3	Recibe solicitud u oficio de petición.
Titular de la Dirección de Salud	4	Refiere la solicitud al Trabajador(a) Social para su atención y seguimiento.
Trabajador(a) Social	5	Evalúa las necesidades de la persona usuaria de manera preliminar.
Trabajador(a) Social	6	Solicita copia simple de los documentos de la persona usuaria.
Trabajador(a) Social	7	Realiza entrevista a la persona usuaria.
Trabajador(a) Social	8	Determina las necesidades de la persona usuaria para otorgarle el Estudio Socioeconómico y/o Cortesía Médica.
Trabajador(a) Social	9	Emite el Estudio Socioeconómico y/o Cortesía Médica, correspondiente a los servicios que otorga el SMDIF Tlalnepantla de Baz.
Titular de la Dirección de Salud	10	Aprueba y da validez al Estudio Socioeconómico y/o Cortesía Médica.
Trabajador(a) Social	11	Informa a la persona usuaria, el resultado de las valoraciones socioeconómicas y/o médicas, para hacer entrega física del estudio socioeconómico validado, de la misma forma se le hace de conocimiento a la persona usuaria, si es acreedor de cortesía médica, derivado de sus necesidades y estado de vulnerabilidad.
Usuario(a), Dependencia o Unidad Administrativa	12	Recibe Estudio Socioeconómico y/o Cortesía Médica, y firma de recibido.
Trabajador (a) Social	13	Concentra la información recabada y elabora un informe para su entrega a la Dirección de Salud.
Titular de la Dirección de Salud	14	Recibe y valida la información del informe mensual.
FIN		



➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**







▪ **Estudio Socioeconómico Reverso**

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

TIPO DE VIVIENDA	COMPONENTES				SERVICIO										TENENCIA				TIPO DE CONSTRUCC.	BARRERAS ARQUITECTONICAS															
																				INTERNAS	EXTERNAS														
CASA	SALA	COMEDOR	COCINA	Nº. DE BAÑOS	Nº. DE RECAMARAS	AGUA	LUZ	DRENAJE	ALUMBRADO	ALCANTARILLADO	PAVIMENTO	TELEFONO	TRANSPORTE	SERV. DE LIMPIEZA	PROPIA	RENTA	PRESTADA	HIPOTECA	INT. SOCIAL	PARACADISTA	OTRO	FABRIQUE O LADRILLO	CARTON	LAMINA	OTRO	ESCALERAS	ESPACIO REDUCIDO	FALTA ADECUACION	FALTA MOVILIARIO	CALLE INACCESIBLE	FALTA TRANSPORTE	SIN PAVIMENTO	PENDIENTES	BARRANCAS	
DEPTO																																			
VECINDAD																																			
CUARTO																																			
OTRO																																			

DATOS SIGNIFICATIVOS DE LA FAMILIA														

NOMBRE DE T.S.	FIRMA	SELLO DE DIF MUNICIPAL



▪ **Cortesía Médica**



**CORTESÍA
DIRECCIÓN DE SALUD.**



FECHA: _____

UNIDAD: _____

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

ATENTAMENTE




COSTO:	\$ _____
CORTESÍA:	\$ _____
TOTAL:	\$ _____

Vo. Bo.





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
M.C. Linda Mercedes Herrera Fuentes	M.C. 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





3.1. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO 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/2023/MP/DS/DDANTEA/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 de 4 a 12 años, que presenten diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista, así como a sus familias; realizando 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, con la finalidad de mejorar su calidad de vida e inclusión social.

➤ ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud, 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

Federal:

- ◆ 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 General de Salud.
- ◆ Ley Federal del Trabajo.

Estatal:

- ◆ 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.

Municipal:

- ◆ Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia.





➤ RESPONSABILIDADES

Director(a) de Salud:

Supervisar el funcionamiento de las aulas TEA.

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. Asimismo, gestionar capacitaciones para el personal del Departamento, coordinar actividades para atender a padres de familia y docentes de niñas, niños y adolescentes con TEA; y rendir informes requeridos por parte del SMDIF, en el ámbito de sus atribuciones.

Terapeuta, deberá:

Atender a Niñas, Niños y Adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (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, 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 realizar una actividad, que la persona tiene o puede desarrollar en función de su cargo, comisión o 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(a).

26



➤ ACRÓNIMOS

- **INE:** A la credencial emitida por el Instituto Nacional Electoral.
- **NNA:** Niñas, Niños y Adolescentes.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla 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 detecciones.
- Formato de registro pláticas.
- Formato de registro de orientaciones.
- Formato de entrevista.





➤ RESULTADOS

- Atención Presencial en aula TEA “El Tenayo”.
- Atención Presencial en el aula TEA “Angélica Aragón”.

➤ POLÍTICAS

- Los servicios serán brindados en las aulas TEA:
 - ✓ El “Tenayo” ubicado en Av. Prolongación 100 metros S/N; Col. El Tenayo;
 - ✓ “Angélica Aragón” ubicado en Av. Hermilo Mena S/N; Col. Lázaro Cárdenas 3° Sección.
- Las actividades se realizarán en un horario de 08:00 a 14:00 horas de lunes a viernes.
- Se atenderán a Niñas, Niños y Adolescentes, 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; residentes del Estado de México, dando preferencia a los habitantes del municipio de Tlalnepantla de Baz.
- Se dará atención a los habitantes de otros municipios, siempre y cuando no haya usuarios(as), pertenecientes al municipio de Tlalnepantla 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 del acta de nacimiento del padre o tutor.
 - ✓ Copia de la CURP del padre o tutor;
 - ✓ Copia del CURP del menor de edad;
 - ✓ Copia de la INE del padre o tutor;
 - ✓ Copia del comprobante de domicilio no mayor a 3 meses;
 - ✓ Copia de acta de nacimiento del menor de edad; y
 - ✓ Diagnostico.
- En caso de que el menor de edad no cuente con un diagnóstico, se realizará una evaluación que determine si es candidato o no, para la atención en alguna de las aulas TEA.
- Los padres o tutores deben apegarse al reglamento de las aulas TEA “Angélica Aragón” y 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 de la Jefatura de Departamento de Diagnóstico y Atención para niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), debe tener la capacitación y experiencia de por lo menos 1 año en atención a menores de edad con TEA y familias.
- La cuota de recuperación para el servicio de las sesiones de atención en las aulas TEA, 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 este resulte con un grado de vulnerabilidad, se podrá exentar del pago del servicio.
- Toda atención al usuario(a), se da dentro de las instalaciones de las aulas TEA “Angélica Aragón” y el “Tenayo”.
- En caso de cierre por cuestiones de pandemia se brindará orientación y asesoría vía telefónica dentro del horario establecido.
- En la entrega del 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 deberán requerirlo mediante oficio, dirigido a la persona titular de la Jefatura del Departamento de Diagnóstico y Atención para niños con Trastorno del Espectro Autista.
- La atención realizada por el o la terapeuta especialista en 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 al personal de las aulas TEA, para seguir el protocolo correspondiente.



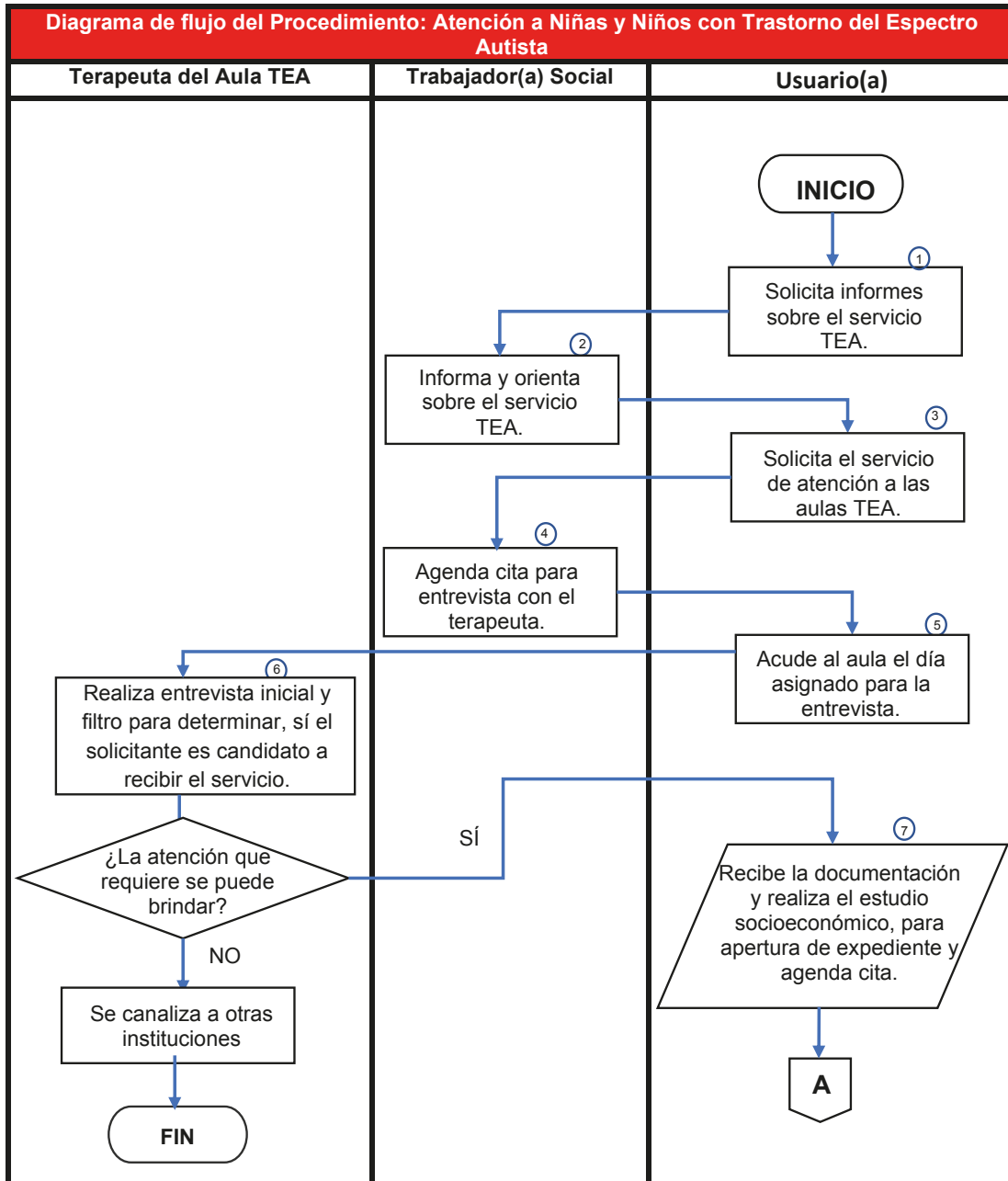


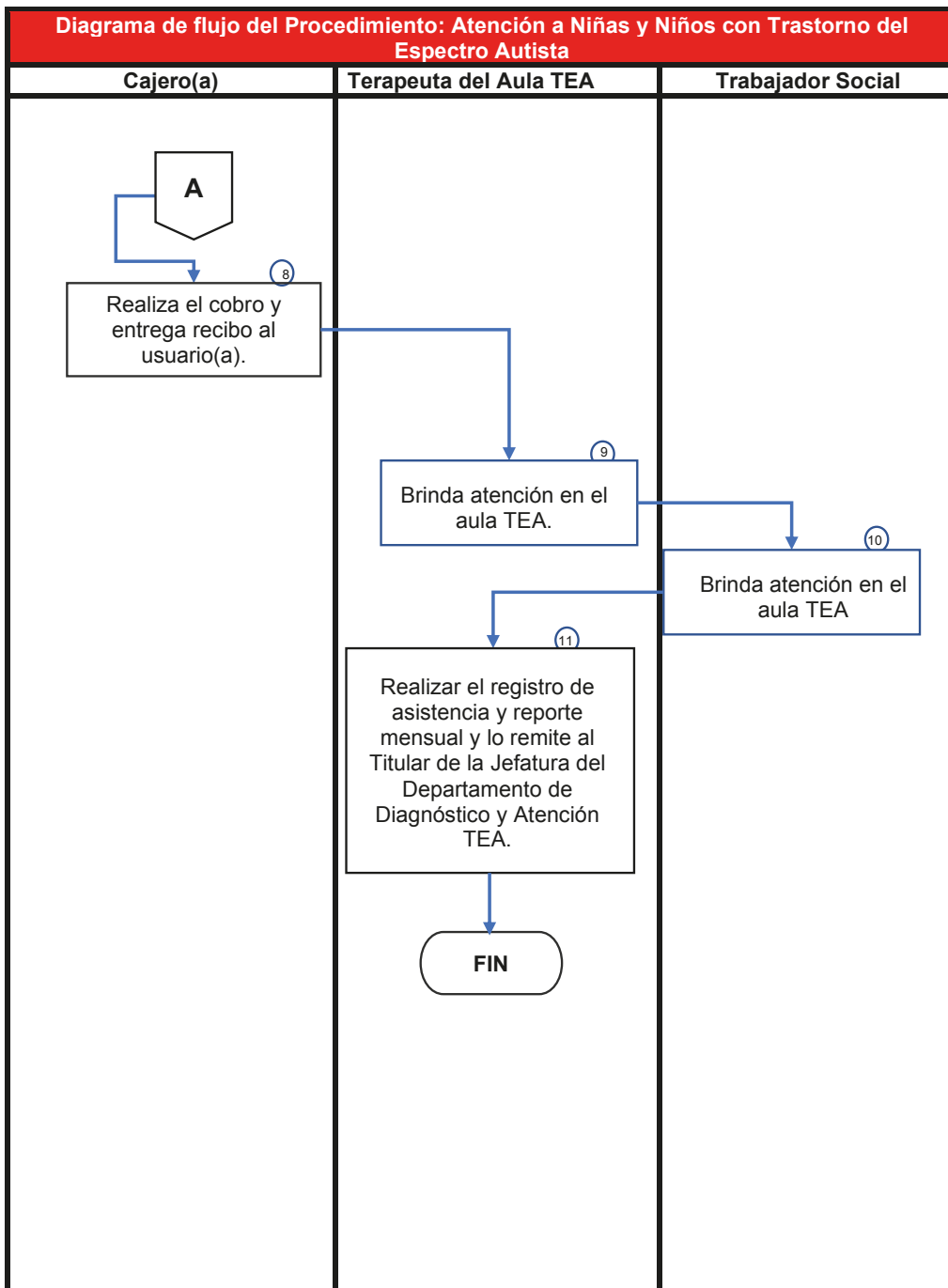
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario(a)	1	Solicita informes sobre el servicio TEA, en las aulas “Angélica Aragón” y “El Tenayo”.
Trabajador(a) Social	2	Informa y orienta sobre el servicio TEA.
Usuario(a)	3	Solicita el servicio de atención TEA, en las aulas “Angélica Aragón” y “El Tenayo”.
Trabajador(a) 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 filtro para determinar si el solicitante es candidato a recibir el servicio.
Trabajador(a) Social	7	Recibe la documentación y realiza estudio socioeconómico, para la apertura de expediente y asigna cita para atención terapéutica.
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	Agenda cita para atenciones subsecuentes.
Terapeuta	11	Realizar el registro de asistencia y reporte mensual y remite a la persona Titular de la Jefatura del Departamento de Diagnóstico y Atención TEA.
FIN		



➤ DIAGRAMA DE FLUJO







➤ FORMATOS

▪ Reglamento de Atención TEA



Tlaxtepec de Baz 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 considerarán 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 tutor.

- 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 requirieren) 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/la 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)**



DIRECCIÓN DE SALUD



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

- 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.
- Dirigirse con respeto al padre, madre o cuidador y al menor de edad.
- Informar cualquier situación que detecte pueda afectar al menor de edad.
- Entregar cronograma de sesiones.
- Explicar el plan de trabajo.
- Informar con anticipación si se llega a cancelar alguna cita y deberá reagendar para reponer la atención.
- Iniciar puntualmente las sesiones, de no ser así se compromete a reponer el tiempo de la sesión.
- Informar si se requiere material extra con anticipación, considerando los recursos con los que cuenta la familia.
- Brindar pláticas para padres.
- Proporcionar orientaciones individuales a los padres.

Una vez enterado (s) del Reglamento de Servicios TEA, me comprometo a respetar dicho acuerdo, de no llevarlo a cabo estoy enterado/a (s) y consciente de la sanción a la que seré acreedor (a)

FIRMA DE CONFORMIDAD

NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR





▪ Carta Responsiva



DIRECCIÓN DE SALUD

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



DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN PARA NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO

AUTISTA (TEA) CARTA DE RESPONSABILIDAD

México, Tlalnepantla de Baz 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 Tlalnepantla de Baz, en la siguiente dirección www.diftlalnepantla.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 Tlalnepantla de Baz 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 domiciliaria 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)



DIRECCIÓN DE SALUD

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



permanecer presente en la entrada y salida de todas las actividades que se realicen para los fines del Departamento de Diagnóstico y Atención para Niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

TERCERA: "EL RESPONSABLE" se obliga a entregar al "SMDIF" la presente carta de responsabilidad a fin de garantizar la plena seguridad del menor de edad beneficiario, debiendo acudir y estar presente en todas las actividades que se generen por motivo de los fines del Departamento de Diagnóstico y Atención para Niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

CUARTA: "EL RESPONSABLE" acepta que se compromete a realizar el traslado del menor de edad beneficiario desde su citación hasta la culminación de las actividades que se desarrollen por parte del Departamento de Diagnóstico y Atención para Niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), privilegiando en todo momento el interés superior del menor de edad.

QUINTA: En caso de que "EL RESPONSABLE" no acate la orden expresa de estar presente en la entrada y salida de todas y cada una de las actividades que se realicen dentro y fuera de las Aulas TEA, no se podrá trasladar al menor a ninguna actividad, y se dará parte a la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes a fin de que se garantice su seguridad.

SEXTA: "EL RESPONSABLE" se obliga a estar pendiente del desarrollo de todas y cada una de las actividades realizadas para los fines del Departamento de Diagnóstico y Atención para Niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), y a estar pendiente del buen estado del menor de edad, de su seguridad, del desenvolvimiento físico y emocional durante y después de las actividades.

SÉPTIMA: "EL RESPONSABLE" se compromete a llevar al menor de edad beneficiario a las consultas, citas, sesiones, seguimientos, talleres, actividades y cursos convocados por el "SMDIF" a través del Departamento de Diagnóstico y Atención para Niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), que beneficien el desarrollo integral de este.

OCTAVA: "EL RESPONSABLE" se compromete a acudir a las pláticas, orientaciones, talleres y actividades convocadas por el "SMDIF" a través del Departamento de Diagnóstico y Atención para Niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), que contribuyan al desarrollo del menor de edad y a una mejora en la calidad de vida de la familia.

NOVENA: "EL RESPONSABLE" se compromete a acudir al "SMDIF" cuando este lo requiera para la supervisión del exacto cumplimiento de la presente Carta de Responsabilidad, Reglas de Operación y a dar la





▪ Carta Responsiva (continuación)



DIRECCIÓN DE SALUD

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



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: _____.



▪ Carta Responsiva (continuación)



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





▪ **Formatos de Asistencia**

 DIRECCIÓN DE SALUD 

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

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						

SELLO DEL DEPARTAMENTO





Formato de Atención



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

Formato de Atención / Sesión						
Aula TEA:			Fecha (Año/mes)			
Número (s) de empleado:			Nombre (s):			
No.	Nombre de padre o tutor	Iniciales del infante	Sexo	Edad	Folio de pago	Actividad realizada en la sesión.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						



Formato de Detecciones



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							



▪ **Formato de Pláticas**



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

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

SIN VALIDAR OFICIAL



M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024



Formato de Registro de Orientaciones



M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024



"2022, 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			

SIN VALIDEZ OFICIAL



Formato de Entrevista



ENTREVISTA

1. 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? _____
¿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 _____





▪ **Formato de Entrevista (continuación)**



SEXO DEL NIÑO (A) FUE DESEADO: PADRE () SI () NO MADRE () SI () NO
 SALUD DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO _____ ENFERMEDADES QUE HAYA PAFESIDO _____
 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 () SE UTILIZO ANESTESIA ()
 ¿SE PRESENTARON COMPLICACIONES? _____
 PRESENTACIÓN DE PRODUCTO: CABEZA () PELVICO () TRANSVERSAL ()
 ACTITUD DE LOS PADRES ANTE EL RECIEN NACIDO _____
 ESTADO DEL RACIEN NACIDO: PESO _____ TALLA _____
 ¿HUBO ALGUNAS LESIONES, DEFECTOS O DEFORMACIONES EN EL NACIMIENTO? _____

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

VII. DESARROLLO DEL NIÑO
 ¿QUIEN CUIDO AL NIÑOS 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 () DIESTRO () 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? _____ ¿RECHINA LOS DIENTES? _____





▪ 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 CARIÑOSO _____ ALEGRE _____ TIMIDO _____ TRISTE _____
¿LE TEME A ALGO? _____ ¿QUE LO HACE ENOJAR? _____
¿COMO EXPRESA SU ENOJO? _____ ¿HACE BERRINCHES? _____
¿COMO REACCIONA USTED? _____ ¿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 () DEIDADES _____
¿A QUE, CON QUE Y DONDE JUEGA EL NIÑO? _____
¿EL NIÑO VE T.V.? SI () NO () TIEMPO APROX. _____
¿ESCUCHA RADIO? SI () NO () TIEMPO APROX. _____
¿PRACTICA ALGUN DEPORTE? SI () NO () ¿CUAL? _____

VIII. ATENCION Y CUIDADO DEL NIÑO.

ATENCION POR PARTE DE OTRAS PERSONAS SI () NO () ¿QUIEN 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 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 PROBLEMÁTICA 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

¿ASISTIO EL NIÑO A LA GUARDERIA? SI () NO () TIEMPO _____

¿ASISTIO AL JARDIN DE NIÑOS? SI () NO () TIEMPO _____

¿CURSO LA PRIMARIA? SI () NO () HASTA QUE GRADO _____

¿ASISTIO A ALGUNA OTRA INSTITUCION? _____

¿HA RECIDIDO 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	M.C. Linda Mercedes Herrera Fuentes	Lic. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura del Departamento de Diagnóstico y Atención para Niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA)	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





3.2. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	GESTIÓN DE APOYOS FUNCIONALES
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/MP/DS/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 del municipio 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, así como prótesis de cadera, prótesis de rodilla, etc.

➤ ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud, a través del Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad, así como a la población que solicite el servicio.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

Federal:

- ◆ 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.

Estatal:

- ◆ 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”.
- ◆ Lineamientos de Operación del Comité de Validación de Ayudas Funcionales
- ◆ Reglas de Operación del Programa de Otorgamiento de Ayudas Funcionales a Personas con Discapacidad.

Municipal:

- ◆ Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, Tlalnepantla de Baz, México.





➤ RESPONSABILIDADES

Comité de Validación de Ayudas Funcionales de DIFEM, deberá:

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

Titular de Dirección de Salud, deberá:

Supervisar el funcionamiento de los servicios otorgados por las UBRIS y 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:

Controlar, ejecutar y supervisar el óptimo funcionamiento del “Programa de Ayudas Funcionales para Personas con Discapacidad”.

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) entran en el área de atención; gestionar ante DIFEM el otorgamiento de los apoyos funcionales; así como concentrar la información mensual; supervisar y dar el visto bueno del informe mensual que es remitido 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; referir a las UBRIS para obtener la prescripción de la ayuda solicitada; e integrar expedientes de ayudas funcionales para personas con discapacidad y dar seguimiento a los mismos.

Acudir a capacitaciones mensuales a DIFEM; 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 métrica.





Canalizar a la persona usuaria 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 de recuperación correspondiente al servicio prestado, de conformidad al “Catálogo de Cuotas de Servicios Brindados del SMDIF de Tlalnepantla de Baz”.

➤ **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 cuenta 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 tramites 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 el Trabajador(a) 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 Desconcentrado, 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

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

➤ INSUMOS

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

➤ RESULTADOS

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

➤ POLÍTICAS

- El horario de atención se brindará de lunes a viernes de 08:00 a 14:00 horas en la U.B.R.I.S. Tenayo, ubicado en Av. Prolongación 100 metros S/N; Col. El Tenayo, Tlalnepantla de Baz.
- El responsable del Programa de Ayudas Funcionales para Personas con Discapacidad otorgará información sobre los requisitos para obtener el apoyo requerido.
- El SMDIF realizará la debida gestión ante DIFEM y apoyará en el traslado a las personas usuarias a efecto de acudir a las convocatorias que realiza DIFEM.
- 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 (auxiliares auditivos, sillas de ruedas, bastones y andaderas) es de 59 años, de acuerdo a lo establecido con DIFEM.
- Los peticionarios deberán presentar una solicitud (carta petición) por escrito dirigida a la Presidencia del Sistema Municipal DIF.

La carta petición dirigida a la Presidencia del Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz; deberá mencionar el apoyo requerido, datos del solicitante domicilio y teléfonos para contactar, en la cual deberá anexarse:

- ✓ Fotografía del beneficiario reciente de cuerpo completo, tamaño postal a color o blanco y negro.



- ✓ 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;
- ✓ Copia del CURP del beneficiario y co-beneficiario.
- ✓ Copia del 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 petionario deberá cubrir el pago por la valoración médica y psicológica, así como el tratamiento terapéutico rehabilitador y/o psicológico si estos últimos fueran necesarios, de acuerdo a lo establecido por el “Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados en el SMDIF”.
- 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.



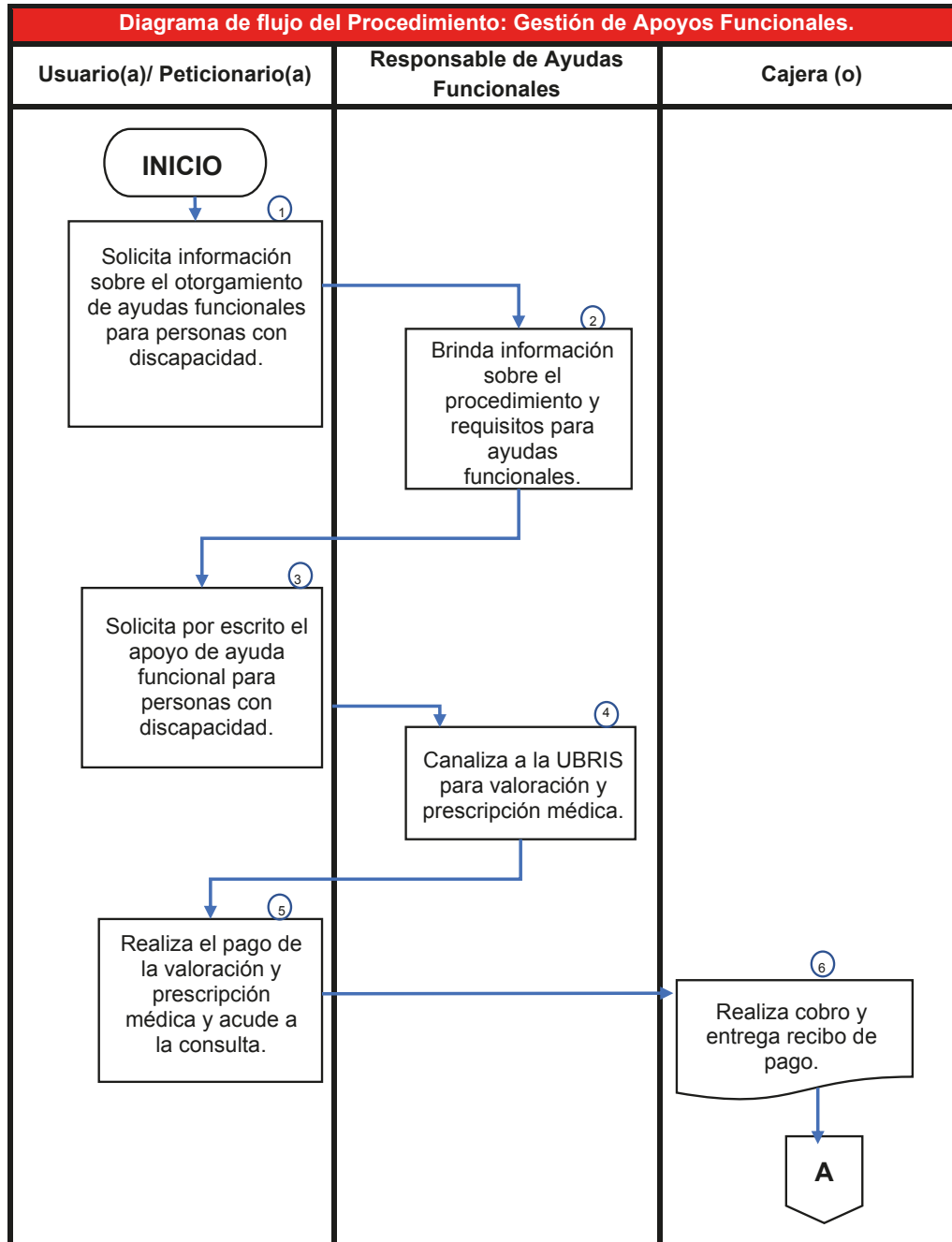


➤
➤ **DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES**

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario(a)/Peticionario(a)	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(a)	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 aún no es candidato, se integra a tratamiento de rehabilitación.
Usuario(a)/Peticionario(a)	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(a)	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, aplica 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(a)	20	Recibe la ayuda funcional por parte del DIFEM y DIF Municipal.
FIN		



➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**



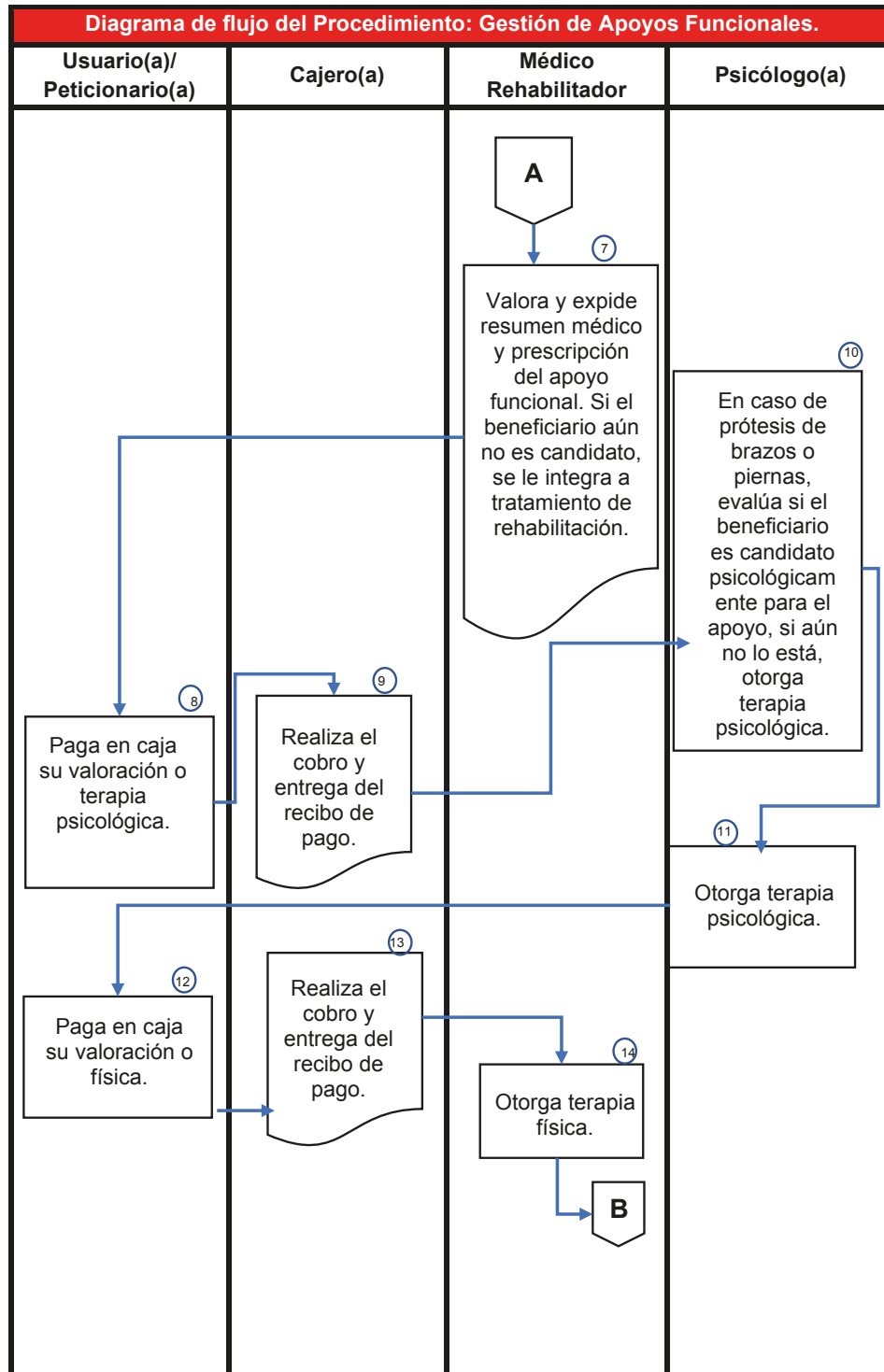
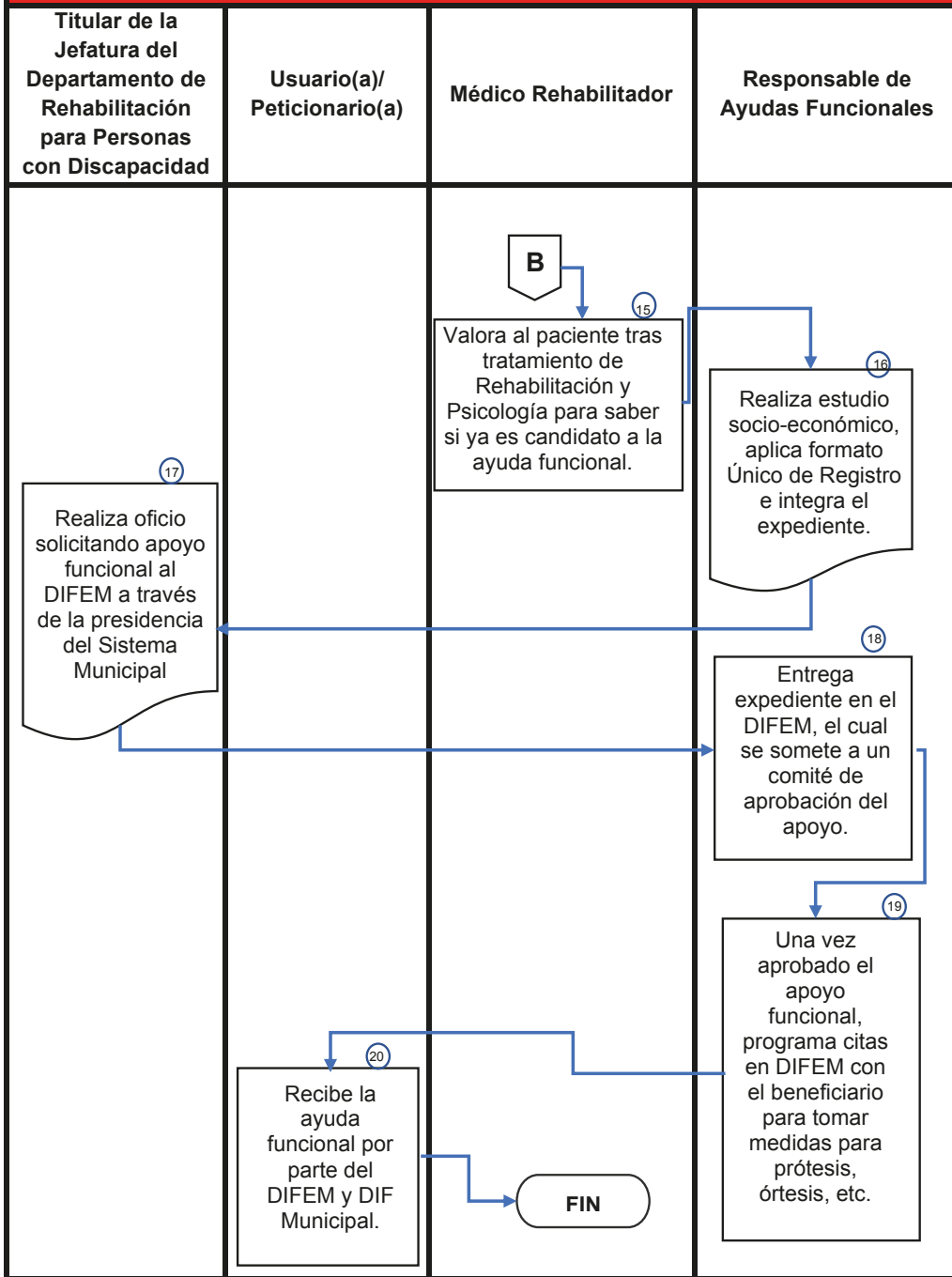




Diagrama de flujo del Procedimiento de Gestión de Apoyos Funcionales





➤ **FORMATOS**

▪ **Registro de Personas Beneficiarias**

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Dirección de Atención a la Discapacidad
Subdirección de Rehabilitación de Personas con Discapacidad
Programa Familias Fuertes, apoyos funcionales para personas con discapacidad

Registro Único de Personas Beneficiarias ANVERSO

(1) Tipo de Beneficiario: B C (2) FECHA DE NACIMIENTO:

(3) FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA

(4) Primer Apellido (Paterno) _____
 (5) Segundo Apellido (Materno) _____
 (6) Nombre (s) _____
 (7) Fecha de Nacimiento: (8) Sexo: Hombre Mujer

(9) Nacionalidad: _____ (10) Entidad Federativa de Nacimiento: _____
 (11) Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Anuslato (U. Libre) Separada Concubinato
 Soltera Casada Viuda Divorciada Anuslato (U. Libre) Separada Concubinato
 (12) Grado de Estudios: Preescolar Primaria Secundaria Preparatoria Técnico Licenciatura Ninguna
 (13) Clave Única de Registro de Población CURP:
 (14) Tipo de Identificación Oficial: INE INES Pasaporte Acta de Nacimiento Cartilla Militar
 Otra Clave: _____ (15) Identificador de documento oficial:

(16) Calle: _____ (17) Número Ext. _____ (18) Número Int. _____
 (19) Entre qué calles: _____ y _____ (20) Código Postal:
 (21) Otra referencia del domicilio cerca de: _____
 (22) Localidad: _____
 (23) Colonia: _____
 (24) Municipio: _____ (25) Entidad Federativa (Estado): _____
 (26) Teléfono fijo con clavelada: _____ (27) Teléfono celular: _____
 (28) Correo electrónico: _____ @ _____ (29) Parentesco: _____

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

(30) Primer Apellido (Paterno) _____
 (31) Segundo Apellido (Materno) _____
 (32) Nombre (s) _____
 (33) Fecha de Nacimiento: (34) Sexo: Hombre Mujer

(35) Nacionalidad: _____ (36) Entidad Federativa de Nacimiento: _____
 (37) Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Anuslato (U. Libre) Separada Concubinato
 Soltera Casada Viuda Divorciada Anuslato (U. Libre) Separada Concubinato
 (38) Grado de Estudios: Preescolar Primaria Secundaria Preparatoria Técnico Licenciatura Ninguna



▪ Registro de Personas Beneficiarias (continuación)

REVERSO

(40) Clave Única de Registro de Población CURP:

(41) Tipo de identificación Oficial: INE IMSS Pasaporte Acta de nacimiento Cartilla Militar

Otra CuiF: (42) Identificador de documento oficial

(43) Calle (44) Número Ext. (45) Número Int.

(46) Entre qué calles: y (47) Código Postal

(48) Otra referencia del domicilio cerca de:

(49) Localidad

(50) Colonia

(51) Municipio: (52) Entidad Federativa (Estado)

(53) Teléfono fijo con clavelada: (54) Teléfono celular:

(55) Correo electrónico:

OBSERVACIONES

(56) Protesta Orale Ayuda Funcional Apoyo Especial

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en la base de datos correspondientes al Programa "Familias Fuertes, apoyos funcionales para personas con discapacidad" a cargo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, con la finalidad de acreditar la inscripción de los interesados en recibir los beneficios del Programa, así como transparentar el uso y aplicación de los recursos del mismo, lo anterior, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 18 de la Ley de Asistencia Social del Estado de México y el artículo 3 del Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México. Dichos datos son registrados ante el Instituto de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y podrá ser consultada en términos de la Ley 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 normatividad aplicables, además de otras transmisiones previstas en la Ley.

La Unidad Administrativa responsable de la base de datos referida es la Dirección de Atención a la Discapacidad del DIFSE y el domicilio donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma, es en Felipe Ángeles esquina Andrés Quintana Roo, Col. Villa Hogar, C.P. 90170, en Toluca, Estado de México.

Se manifiesta lo antes expuesto, en cumplimiento a los mandatos, deberes y demás obligaciones 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 auxiliares, los Secretarías de Estado y la Fiscalía General de Justicia, como los sujetos obligados de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

(60) Nombre y firma de la persona beneficiaria




(61) Nombre y firma de la persona responsable del llenado

F0201R14206/026/0018





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	M.C. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura del Departamento de Rehabilitación para las Personas con Discapacidad	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	EXPEDICIÓN DE CREDENCIAL NACIONAL DE DISCAPACIDAD
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/MP/DS/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 sirve como identificación con validez a nivel nacional. Así como para 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 de Baz; y 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, residentes del municipio de Tlalnepantla de Baz y municipios aledaños que no cuenten con módulo de Credencial Nacional de Discapacidad.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

Federal:

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ◆ Constitución del Estado Libre y Soberano del Estado de México.
- ◆ Ley General de Salud.
- ◆ Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
- ◆ Ley de Asistencia Social.
- ◆ Lineamientos de Operación del Programa de Credencial Nacional para Personas con Discapacidad.

Estatal:

- ◆ 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".

Municipal:

- ◆ Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, Tlalnepantla de Baz, México.





➤ RESPONSABILIDADES

Titular de la Dirección de Salud, 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) con responsabilidad en el manejo de la información en 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, deberán:

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:

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.
- **Credencial Nacional de Discapacidad:** Esta credencial tiene como objetivo identificar a la persona con discapacidad y proporcionar la información correspondiente en función del tipo de discapacidad y domicilio y así, fungir como una referencia para los trámites que haya lugar.
- **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

- **CRENAPE:** Credencial Nacional para Personas con Discapacidad.
- **DIFEM:** Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- **INE:** A la credencial expedida por el 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

Entregar a la persona usuaria 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 Módulo de Credencial Nacional para las Personas con Discapacidad se encuentra ubicado en el Av. Prolongación 100 metros S/N; Col. El Tenayo, Tlalnepantla de Baz.
- El horario de atención es de lunes a viernes de 08:00 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, este tendrá que contener nombre, firma y cédula.
 - ✓ Presentar original de acta de nacimiento.
 - ✓ Presentar original del INE.
 - ✓ Presentar original de CURP.
 - ✓ Presentar original de comprobante de domicilio que tendrá que coincidir con el INE.
- No se podrá expedir credencial si falta alguno de los requisitos 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 en el SMDIF”, vigente; en caso de no contar con el certificado de discapacidad.
- La reposición de las credenciales no tiene costo alguno, pero deberá cubrir los mismos requisitos como de primera vez, y se deberá presentar un acta por robo o extravió ante el Ministerio Público.
- Dependiendo de la disponibilidad del servicio, se podrá agendar la cita para realizar los dos trámites el mismo día, siempre y cuando cumpla con todos los requisitos.
- El responsable del módulo CRENAPED, solo conservará o recogerá el certificado de discapacidad y el formato de acuse de entrega de la credencial.
- El responsable del módulo de CRENAPED, 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 CRENAPED 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 personales.





- 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 Auxiliar Administrativo	2	Brinda informes y canalizan al módulo de CRENAPEP.
Responsable del Módulo de Credencial Nacional de Discapacidad	3	Brinda información al usuario(a) sobre el trámite y requisitos de la CRENAPEP.
Usuario(a)	4	Acude con los documentos requeridos para el trámite de la CRENAPEP.
Médico Rehabilitador	5	Tramita el certificado médico de discapacidad, en caso de no contar con el documento.
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, y toma la fotografía del usuario(a).
Responsable del Módulo de Credencial Nacional de Discapacidad	8	Entra a la plataforma, llena la cédula correspondiente, y envía los documentos escaneados y emite la CRENAPEP.
Responsable del Módulo de Credencial Nacional de Discapacidad	9	Entrega la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad.
Usuario(a)	10	Recibe la credencial y firma de recibido
FIN		



➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**

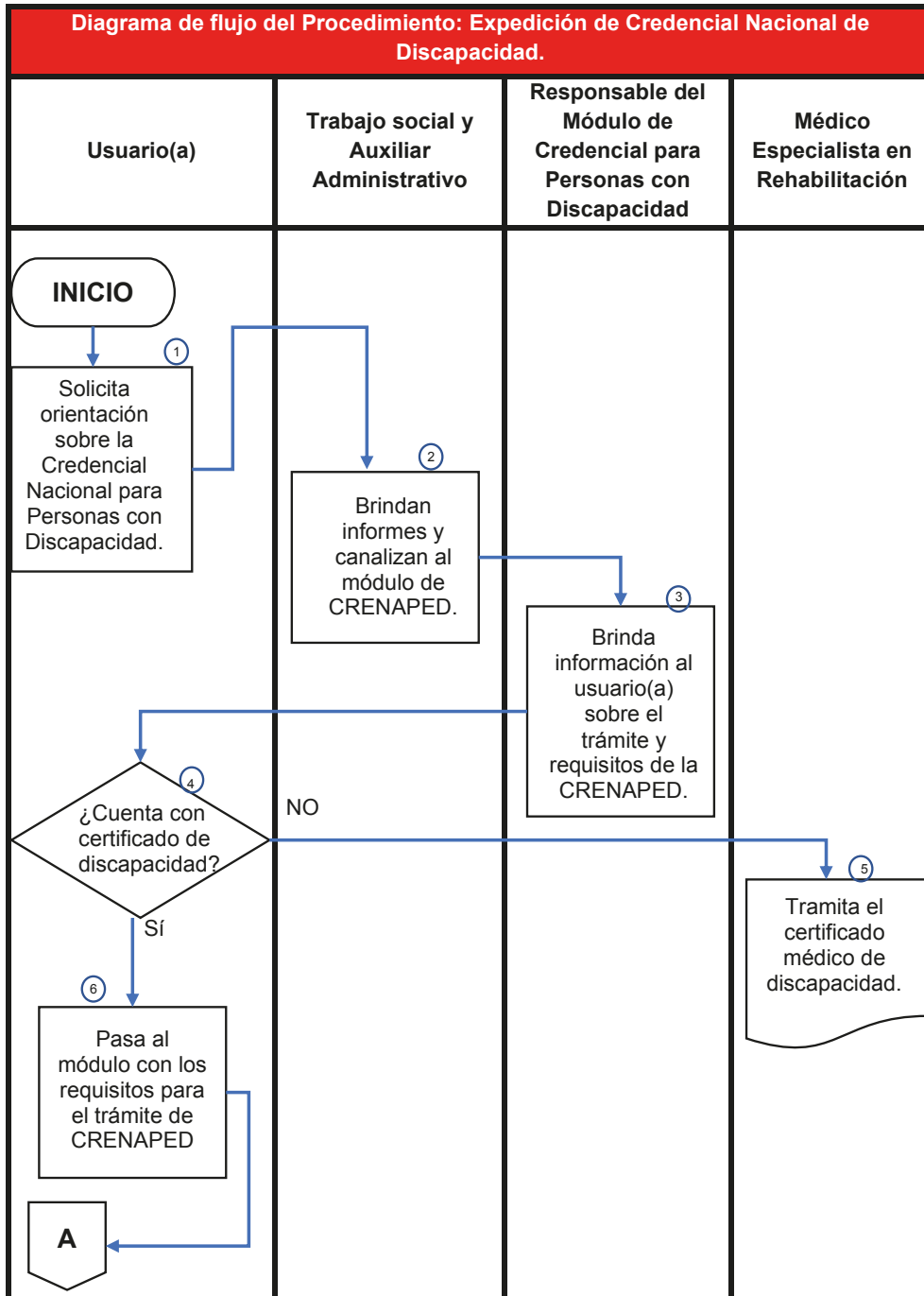
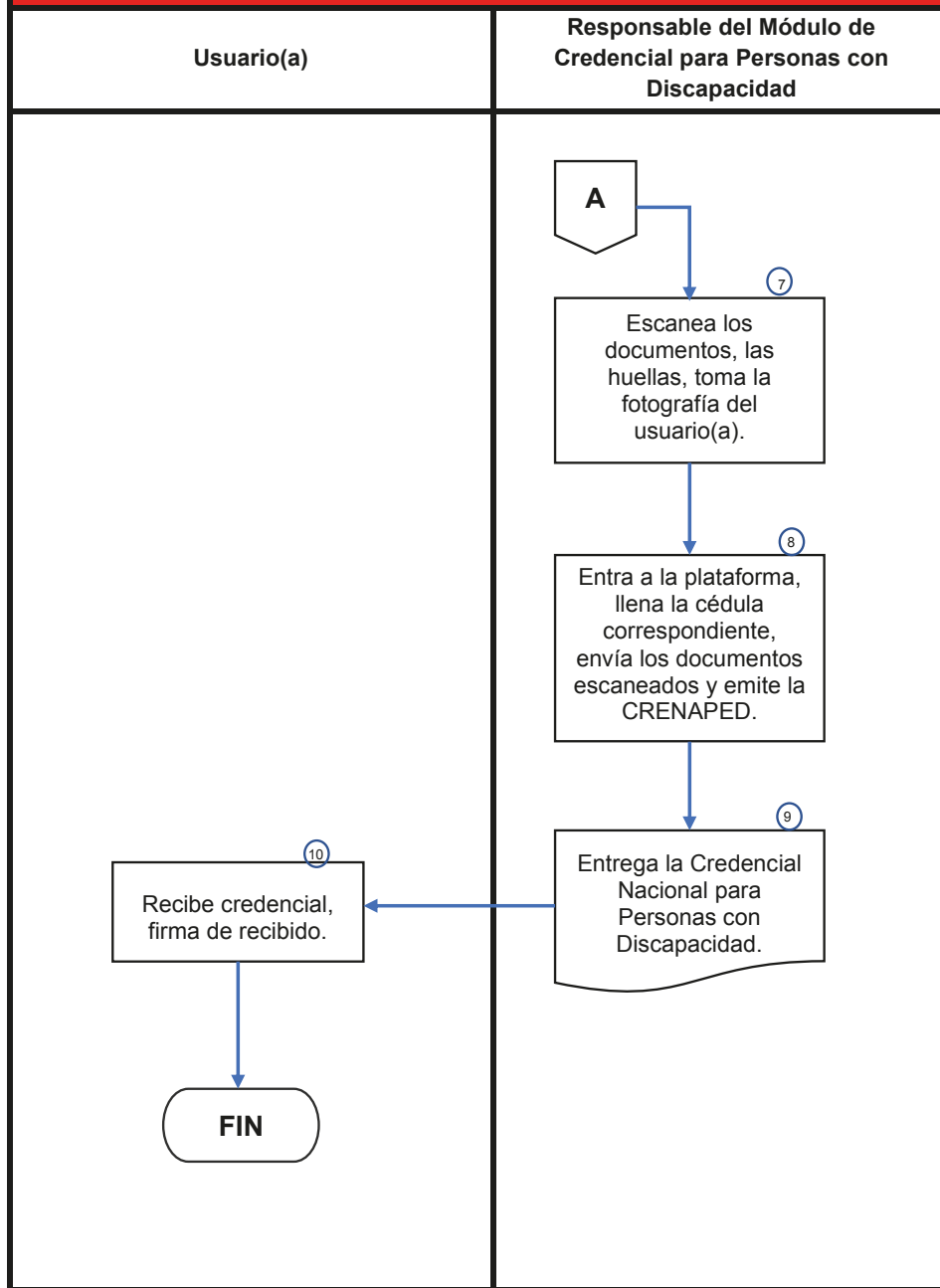




Diagrama de flujo del Procedimiento: Expedición de Credencial Nacional de Discapacidad.





➤ **FORMATOS**

- **Credencial Nacional de Discapacidad**





H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024



- Acuse de entrega de la Credencial Nacional de Discapacidad



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE Tlalnepantla DE BAZ
2022-2024



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: _____

SIN VALIDEZ OFICIAL

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 54050 Estado de México Tel: (55) 53612115 www.diftlalnepantla.gob.mx

71





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	M.C. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura del Departamento de Rehabilitación para Personas las con Discapacidad	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





UNIDAD ADMISNITRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	TERAPIAS EN MATERIA DE REHABILITACIÓN
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/MP/DS/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, equinoterapia, lenguaje, psicología, psicopedagogía y ocupacional con la finalidad de brindar una mejor calidad de vida.

➤ ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud, a través de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad; así como a los Terapeutas adscrito a la UBRIS, a los prestadores externos de la compañía de terapia ecuestre, y la población que solicite el servicio.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

Federal:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley General de Inclusión para Personas con Discapacidad.
- Ley de Asistencia Social.
- 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 establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

Estatal:

- Ley que crea los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de carácter Municipal, denominados "Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia.
- 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.

Municipal:

- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, Tlaxcala de Baz. México.





➤ RESPONSABILIDADES

Titular de la Dirección de Salud 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 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 con amabilidad y con respeto.

Controlar y supervisar los servicios de terapia en materia de rehabilitación que se ofrece, a través de la UBRIS 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 de este servicio; así como, programar y coordinar reuniones periódicas con el personal de terapia ecuestre y personal médico para proyectar medidas de mejoramiento del servicio.

Trabajador(a) Social, deberá:

Brindar información y orientación sobre las terapias que se brindan en las UBRIS; recibir la documentación para integrar el expediente clínico del usuario(a) y tenerlo en su resguardo; llenar formato de cédula CIPOB; dar a conocer y firmar al usuario(a) el consentimiento informado y reglamento de la UBRIS y de terapia ecuestre; referir al paciente con el terapeuta para su atención; así como elaborar carnet de citas del paciente y agendar citas nuevas y subsecuentes.

Realizar estudio socioeconómico para integrarlo al expediente y 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; asimismo generar la estadística correspondiente del programa para las Unidades Operativas 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; realizar el informe mensual ante la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para 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; realizar el informe mensual ante la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para 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 capacitación 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 la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para 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 de la o el 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 número de sesiones otorgadas a la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad; e informar sobre cualquier incidente a la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad.

Psicólogo(a), deberá:

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





Terapeuta Físico, deberá:

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

Auxiliar Administrativo de la UBRIS, deberá:

Brindar orientación precisa al usuario(a) que soliciten algún servicio de los que brinda la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad a través de los UBRIS; así como los requisitos de ingreso y el procedimiento para ingreso.

Canalizar al usuario(a) a Trabajo Social para registrar cita con la o el médico rehabilitador y si no hay agenda libre, anotar en lista de espera al solicitante.

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

Cajero(a), deberá:

Realizar el cobro correspondiente al servicio de conformidad con el "Catálogo de Cuotas de Servicios Brindados por el Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz", vigente.

➤ GLOSARIO

- **Carnet:** Documento que tiene por objetivo llevar un control de las citas del usuario(a) (Asistencias, faltas y valoraciones). Este 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 usuario(a) 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 y 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.
- **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.
- **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.
- **Férula:** Tablilla o molde flexible y resistente que se emplea en el tratamiento de las fracturas para inmovilizar un miembro y mantener el hueso roto o dañado en una posición fija.
- **Hidroterapia:** Es la utilización del agua como agente terapéutico, en cualquier forma, estado o temperatura.
- **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:** Personal que proporciona la terapia prescrita por el médico rehabilitador: terapeutas físicos, masoterapeutas, equinos terapeutas, terapeuta de aprendizaje terapeuta de lenguaje, 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 Ocupacional:** Conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades con fines terapéuticos, previene la enfermedad y mantiene la salud, favoreciendo la restauración de la función; la cual suple las deficiencias y capacidades; valora los supuestos del comportamiento y significación profunda para conseguir las mayores independencias y reinserción posibles del individuo en todos sus aspectos de la vida.
- **Terapia Ecuestre:** Considerada como un tipo de terapia asistida con animales, que se dedica en la actualidad, a fines de rehabilitación 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:** Cédula 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.
- **DIFEM:** Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- **DRPD:** A la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad.
- **ESE:** Estudio socioeconómico.
- **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).
- Alcohol.
- 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.
- Material didáctico.
- PVC termoplástico.
- Vendas de yeso.

➤ RESULTADOS

Que el usuario(a) reciba Terapias de Rehabilitación en conformidad a sus necesidades, para mejorar sus condiciones de vida y su entorno social.



➤ POLÍTICAS

- A través del procedimiento Terapias en Materia de Rehabilitación, se brindarán los siguientes servicios:
 - ✓ Atención psicológica;
 - ✓ Terapia de lenguaje;
 - ✓ Terapia física;
 - ✓ Terapia ocupacional;
 - ✓ Terapia ecuestre;
 - ✓ Terapia psicopedagógica; y
 - ✓ Masoterapia.
- Las Terapias en Materia de Rehabilitación, se brindarán en las U.B.R.I.S., dependientes de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad, las cuáles son: “Angélica Aragón” y “Tenayo”, en un horario de atención de lunes a viernes de 08:00 a 14:00 horas, de la siguiente forma:

U.B.R.I.S.	“Angélica Aragón”
Dirección:	Av. Hermilo Mena S/N; Col. Lázaro Cárdenas 3ª sección, Tlalnepantla de Baz.
Servicios:	Atención psicológica.
	Terapia de lenguaje.
	Terapia física.
	Terapia ocupacional.

U.B.R.I.S.	“Tenayo”
Dirección:	Av. Prolongación 100 metros S/N; Col. El Tenayo, Tlalnepantla de Baz.
Servicios:	Atención psicológica.
	Terapia de lenguaje.
	Terapia física.
	Terapia ocupacional.
	Terapia ecuestre.
	Terapia psicopedagógica.
Masoterapia.	

- 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, y esta se otorgará cuando el médico rehabilitador, refiera a la persona usuaria 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 brindar las Terapias en Materia de Rehabilitación, en el cual se requiere en original para cotejo y copia simple de:
 - ✓ Diagnostico o referencia;
 - ✓ CURP;
 - ✓ Acta de nacimiento;
 - ✓ Copia de credencial INE ampliada al 200 %; y
 - ✓ Comprobante de domicilio.
- Las citas subsecuentes se realizan por parte del área de Trabajo Social.
- El paciente deberá presentarse veinte minutos antes de la sesión.
- En todas las Terapias en Materia de Rehabilitación; a la tercera inasistencia sin justificación se dará por concluido el servicio.
- Para recibir la atención en cualquiera de las terapias de rehabilitación 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 correspondientes.
- No se brindará valoración clínica, ni terapia de ningún tipo; previo al pago por concepto de los mismos.
- La terapia ocupacional; debe ser realizada exclusivamente por personal con un grado igual o mayor a Licenciatura Ocupacional.
- El costo de la Terapia Ocupacional se realiza conforme al “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el Sistema Municipal DIF, Tlalnepantla de Baz”, vigente.
- La Terapia Física de electroterapia, mecanoterapia e hidroterapia debe ser realizada exclusivamente por personal 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 Terapia Física se realiza conforme al “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el Sistema Municipal DIF, Tlalnepantla de Baz”, vigente.
- La sesión de Terapia Física tendrá una duración de sesenta minutos.
- La Terapia Física brindada en la cámara de estimulación multisensorial, debe de ser realizada exclusivamente por personal con un grado igual o mayor a Licenciatura en Fisioterapia o Licenciatura en Terapia Ocupacional.
- El costo por Terapia Física en la cámara de estimulación multisensorial se realiza conforme al “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el Sistema Municipal DIF, Tlalnepantla de Baz”, vigente.
- El tiempo aproximado de la terapia en la cámara de estimulación multisensorial es de treinta minutos, la atención se da de forma individual.
- La terapia física en masoterapia debe ser realizada por un profesional en masoterapia.
- El costo por Terapia Física por Masoterapia se realiza conforme al “Catálogo de Cuotas de Servicios brindados del Sistema Municipal DIF, Tlalnepantla de Baz”, vigente.
- El tiempo aproximado de la terapia física de masoterapia es de treinta minutos.
- El costo de Equino Terapia se realiza conforme al “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el Sistema Municipal DIF, Tlalnepantla de Baz”, vigente.
- La atención de terapia de lenguaje debe ser realizada exclusivamente por personal con un grado igual o mayor a Licenciatura en Comunicación humana, Psicología, Educación Especial con especialidad en audición y lenguaje.
- El costo por la Terapia de Lenguaje se realiza conforme al “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el Sistema Municipal DIF, Tlalnepantla de Baz”, vigente.
- El tiempo aproximado de la terapia de lenguaje es de treinta minutos.
- La atención en Pedagogía debe ser realizada exclusivamente por personal con un grado igual o mayor a Licenciatura en Educación Especial o Pedagogía.
- El costo por la Terapia Pedagógica se realiza conforme al “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el Sistema Municipal DIF, Tlalnepantla de Baz”, vigente.
- La atención en Psicología debe ser realizada exclusivamente por personal con un grado en Licenciatura en Psicología y/o especialidad en el área de discapacidad, avaladas por un título y una cédula profesional.
- El costo por la Terapia Psicológica se realiza conforme al “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el Sistema Municipal DIF, Tlalnepantla de Baz”, vigente.





➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

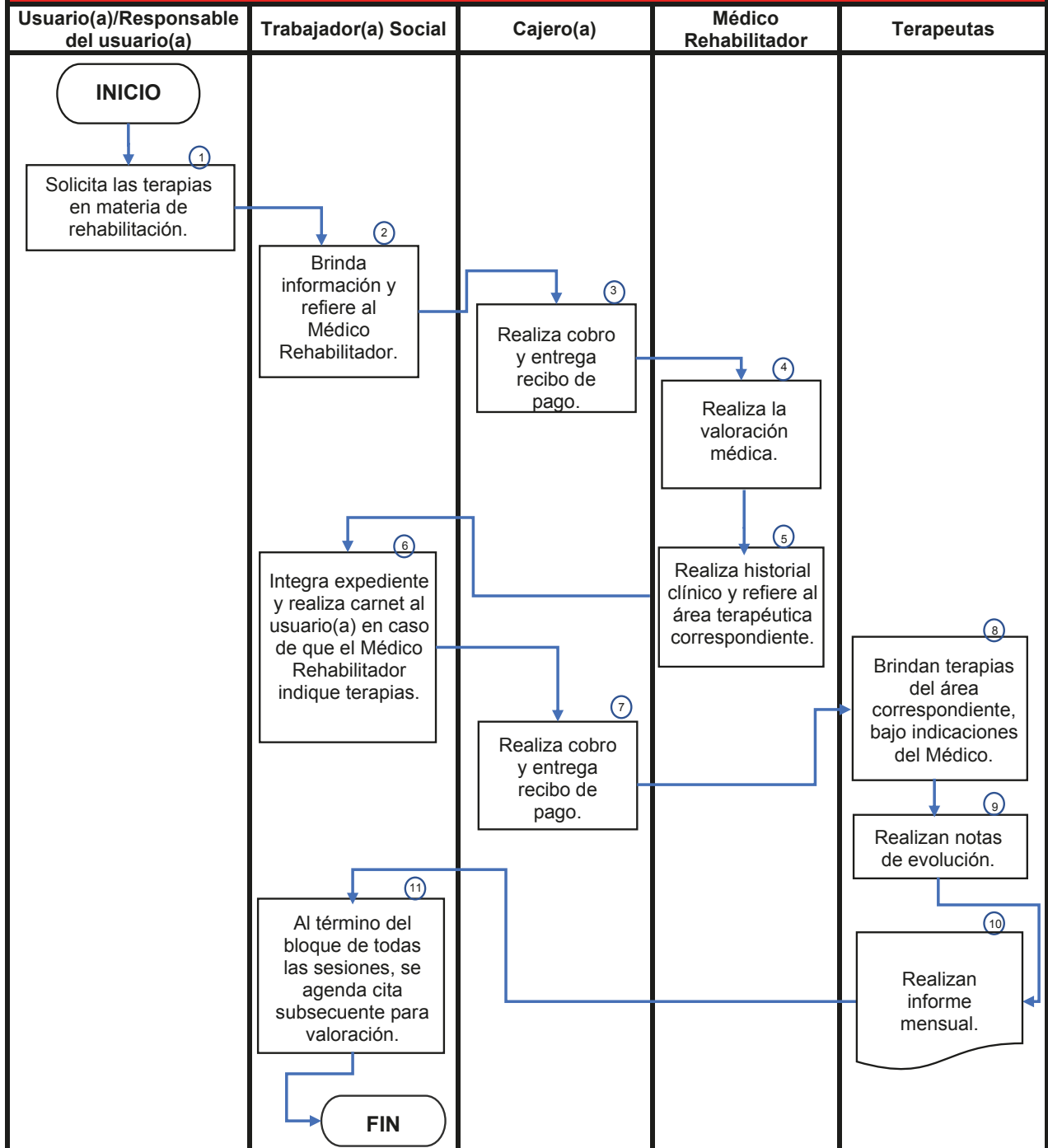
Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario(a) /Responsable del usuario(a)	1	Solicita información sobre los servicios en materia de rehabilitación.
Trabajador(a) Social	2	Brinda información y refiere al Médico Rehabilitador para su valoración.
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 al área terapéutica correspondiente.
Trabajador(a) 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	8	Brinda terapia del área correspondiente, bajo las indicaciones del Médico Rehabilitador.
Terapeutas	9	Realiza notas de evolución.
Terapeutas	10	Realiza informe mensual ante la Jefatura de Rehabilitación 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**

Diagrama de flujo del Procedimiento: Terapias en Materia de Rehabilitación.





➤ **FORMATOS**

▪ **Hoja de Registro de Terapias de Rehabilitación**



DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

HOJA DE REGISTRO DIARIO DE TERAPIA FÍSICA

UNIDAD DE REHABILITACIÓN: U.B.R.I.S.			FECHA:						
NÚMERO DE EMPLEADO:			NOMBRE DEL TERAPEUTA:						
#	Fecha	Nombre del paciente	Masculino		Femenino		Atención	Observaciones	Folio
			1-1 vez 2- Subs	<18 años	>18 años	<18 años			
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									

Atención vía whatsapp: 56 3622 0000

Nuevo Gobierno, Nuevas Ideas

▪ **Hoja de Registro de Terapias de Rehabilitación (continuación)**



DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

REGISTRO DIARIO DE TERAPIAS DE PEDAGOGÍA

UNIDAD DE REHABILITACIÓN: U.B.R.I.S. EL TENAYO			FECHA:						
NÚMERO DE EMPLEADO:			NOMBRE:						
NOMBRE DEL PACIENTE	TIPO 1- 1ª VEZ 2- SUBS	MASCULINO		FEMENINO		ATENCIÓN			OBSERVACIONES
		<18 años	>18 años	<18 años	>18 años	Terapia Pedagógica	Programa de Casa	Otra	
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									

Atención vía whatsapp: 56 3622 0000





▪ Hoja de Registro de Terapias de Rehabilitación (continuación)


 DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN MÚLTIPLE TEMPRANA A NIÑOS CON DISCAPACIDAD

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

Atención vía whatsapp: 56 3622 0000

▪ Hoja de Registro de Terapias de Rehabilitación (continuación)


 DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

HOJA DE REGISTRO DIARIO DE TERAPIA OCUPACIONAL

UNIDAD DE REHABILITACIÓN: U.B.R.I.S.									
NÚMERO DE EMPLEADO:									
#	Fecha	Nombre del paciente	SEXO	EDAD	Atención				Folio
					INDICACION	CONSEJERÍA / CATERING	LABORACIÓN	OTRO	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									





▪ **Carnet de Citas**

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

CARNET DE CITAS

NOMBRE DEL PACIENTE	
NÚM. DE EXPEDIENTE	EDAD
TELÉFONO	

UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL "EL TENAYO"
AV. PROLONGACIÓN VALLEJO 100 METROS SIN. COL. EL TENAYO, 4130, TLALNEPANTLA DE BAZ, ESTADO DE MÉXICO.
TELÉFONO 5553190815



▪ Registro de Equino Terapia



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

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					

SIN VALIDEZ
OFICIAL





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	M.C. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura del Departamento de Rehabilitación para las Personas con Discapacidad	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DEL DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD (PREVEDIF)
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/MP/DS/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 y divulgación, sobre medidas médico-preventivas que ayuden a detectar la discapacidad, a través de talleres y pláticas, sobre los riesgos de discapacidad durante la gestación; así como en la 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 Dirección de Salud, a través de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad, así como a la población que solicite el servicio; derivado a que los programas de prevención son de atención directa al público en general.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

Federal:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley de Asistencia Social.

Estatal:

- 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”.

Municipal:

- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, Tlalnepantla de Baz. México.

➤ RESPONSABILIDADES

Dirección de Salud, 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.

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.

Supervisar y vigilar el adecuado funcionamiento de los Módulos PREVIDIF, con apego a la normatividad vigente y que este cuente con el material necesario, para llevar a cabo sus labores.

Trabajador(a) Social, deberá:

Recibir la documentación para la integración de expedientes, así como resguardarlos.

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 niños(a) sanos(a) y detectar factores de riesgo neurológico que conduzcan a la discapacidad; detectar dentro de las 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; y realizar material de difusión sobre los diferentes temas que conforman el programa de PREVIDIF.

Informar y asesorar sobre las enfermedades que ocasionan discapacidad en el adulto mayor tales como: hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus y osteoporosis. Acudir a capacitaciones mensuales a DIFEM y concentrar información mensual correspondiente a PREVIDIF.

➤ **GLOSARIO**

- **Canalización:** Proceso mediante el cual, el trabajador(a) 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 inteligencia en los niños y niñas. Cuanto





antes se estimulan las potencialidades, más temprano se podrá detectar algún factor de riesgo en el desarrollo infantil.

- **Factores de riesgo de daño neurológico:** Son los factores que pueden alterar el desarrollo normal de un niño(a) en los tres primeros años de vida, cuando aún su sistema nervioso no ha alcanzado el grado de madurez necesario.
- **Factores de 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 y/o alcoholismo materno.
 - ✓ Ecológico: exposición a químicos (plomo).
 - ✓ Psicológico: pobreza, y escasa o nula escolaridad.
- **Osteoporosis:** Osteopatía más común, siendo la disminución absoluta de la masa ósea, y se le 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 personal Médico especializado.
- **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.

➤ ACRÓNIMOS

- **DIFEM:** Sistema para el 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.
- **SMDIF:** Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla 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, bau manómetro, cinta métrica y glucómetro.
- Material de papelería.
- Material didáctico.
- Computadora.
- Lista de asistencia.

➤ RESULTADOS

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





➤ POLÍTICAS

Las terapias de estimulación temprana:

- Se llevan a cabo en las U.B.R.I.S., “Tenayo” ubicado en Av. Prolongación 100 metros S/N; Col. El Tenayo; y “Angélica Aragón” ubicada en Av. Hermilo Mena S/N; Col. Lázaro Cárdenas 3° Sección, en un horario atención de lunes a viernes de 08:00 a 14:00 horas.
- Van dirigidas a niños(as) sanos y/o con discapacidad, desde los cero meses, hasta los cuatro años.
- La documentación que se solicita a la persona usuaria para brindar el servicio de estimulación temprana es copia simple de los siguientes documentos:
 - ✓ Acta de nacimiento;
 - ✓ CURP;
 - ✓ Comprobante de domicilio; y
 - ✓ Resumen médico.
- El costo por la terapia de estimulación temprana se realiza conforme al “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el Sistema Municipal DIF, Tlalnepantla de Baz”.
- El tiempo de terapia es de cuarenta y cinco minutos, y los horarios son de acuerdo con la demanda del usuario(a).

Las pláticas y talleres:

- Se llevarán a cabo en Escuelas o Instituciones Públicas, sin costo alguno.
- El responsable del módulo de PREVIDIF, solicitará por oficio a las Escuelas o Instituciones Públicas, el permiso para ingresar a sus instalaciones, 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 un oficio de presentación a los encargados del módulo de PREVIDIF, para que estos puedan presentarlo 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.
- 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) deberá respetar el reglamento vigente.



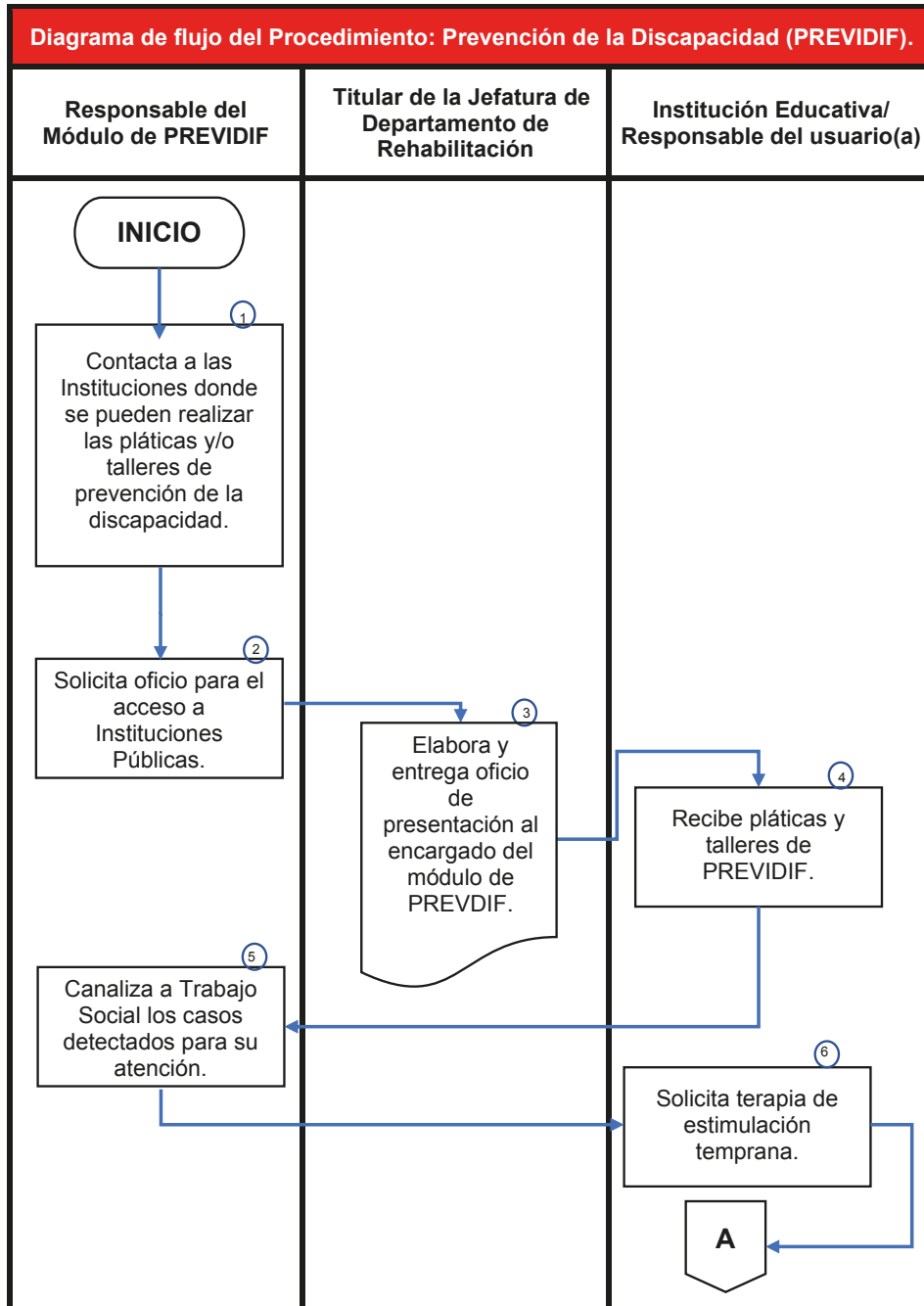


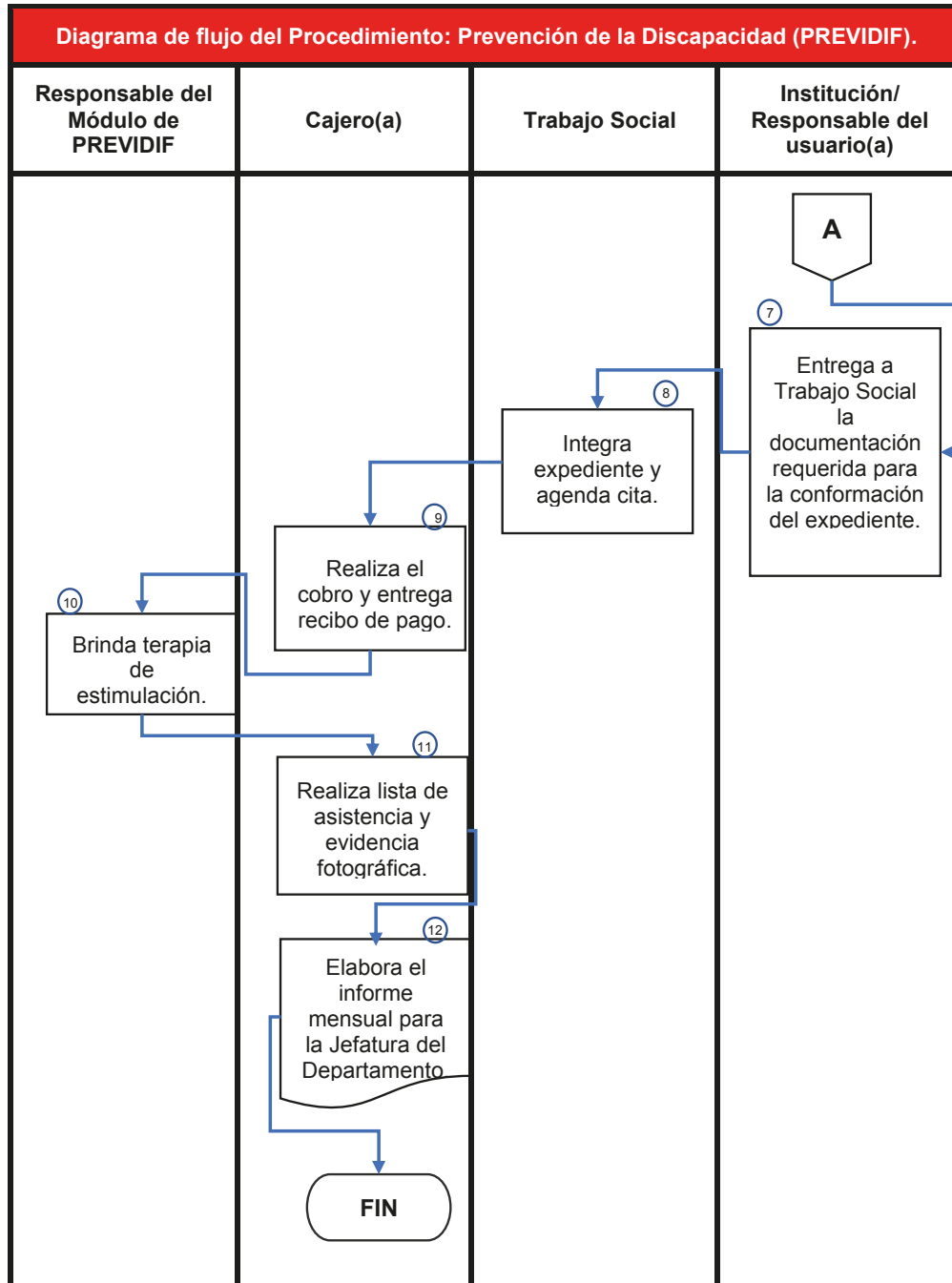
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

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 un oficio a la Jefatura del Departamento de Rehabilitación 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	4	Recibe pláticas y/o talleres sobre PREVIDIF.
Responsable del Módulo PREVIDIF	5	Canaliza al área de Trabajo Social los casos detectados de discapacidad para la atención del Médico Rehabilitador.
Institución/Responsable del usuario(a)	6	Solicita terapia estimulación temprana.
Institución/Responsable del usuario(a)	7	Entrega al área de Trabajo Social la documentación requerida para la conformación del expediente y cita programada.
Trabajo Social	8	Integra el 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
2022- 2024



➤ **FORMATOS**

- **Lista de Asistencia a Pláticas**



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNEPANTLA DE BAZ
2022- 2024



DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

PLÁTICAS PROGRAMA PREVI-DIF

UNIDAD: _____ MES Y AÑO _____

ELABORÓ: _____ Nº 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

100
T



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLALNEPANTLA DE BAZ
2022- 2024



▪ Lista de Asistencia a Terapias de Estimulación Temprana



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNEPANTLA DE BAZ
2022- 2024



DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

MÓDULO PREVI-DIF

TERAPIAS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN NIÑOS SANOS

UNIDAD: _____ MES Y AÑO _____

ELABORÓ: _____ Nº 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

MÓDULO PREVI DIF

REFERENCIA

FECHA _____

UNIDAD _____

ELABORO _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

REFERIDO AL ÁREA _____

RESUMEN CLÍNICO _____

OBSERVACIONES:

FIRMA Y SELLO DE LA UNIDAD

Atención vía whatsapp: 56 3622 0000



Nuevo Gobierno, Nuevas Ideas

102





H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLALNEPANTLA DE BAZ
2022- 2024



▪ Lista de Asistencia de Talleres



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TIALNEPANTLA DE BAZ
2022- 2024



DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

MÓDULO PREVI-DIF

TALLER

UNIDAD _____ FECHA: _____
 ELABORO _____ Nº EMPLEADO _____
 LUGAR O 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 vía whatsapp: 56 3622 0000

103
T





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	M.C. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura del Departamento de Rehabilitación para las Personas con Discapacidad	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ATENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/MP/DS/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 del territorio 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 Dirección de Salud, a través del Departamento de Rehabilitación para las Personas con Discapacidad, así como a la población que solicite el servicio.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

Federal

- Convención de los Derechos Humanos sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- 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.

Estatal

- Constitución 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”.

Municipal

- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, Tlalnepantla de Baz. México.

➤ RESPONSABILIDADES

Dirección de Salud, deberá:

Supervisar el funcionamiento y servicios; 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 las Personas con Discapacidad, deberá:

Coordinar, administrar y supervisar los recursos humanos, materiales, económicos y de equipamiento de las instalaciones de las UBRIS.

Vigilar y supervisar que se realicen correctamente las acciones encaminadas a atender las necesidades de las personas con discapacidad; así como concentrar la información mensual.

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; recabar la documentación para los servicios de las UBRIS; llenar y entregar las Cédulas de Identificación de Población Beneficiaria (CIPOB); realizar estudios socioeconómicos externos; realizar visitas domiciliarias a los beneficiarios o solicitantes de servicio en las UBRIS; e integrar y resguardar los expedientes clínicos de los pacientes.

Mantener comunicación con las Instituciones Educativas como los CAMS; realizar el reporte de trabajo social ante DIFEM y acudir a capacitaciones mensuales a DIFEM; así como 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 los Servicios brindados en el Sistema Municipal DIF, Tlalnepantla de Baz”.

➤ **GLOSARIO**

- **Canalización:** Acción de referir a los usuarios(as) 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:** 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(a) y de terceros como: vecinos, jefes inmediatos, compañeros, etcétera.
- **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/ paciente es menor de edad.





- **Visita domiciliaria:** Visita al usuario(a) 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

- **CAM:** Centro de Atención Múltiple.
- **CIPOB:** Cédula de Identificación de la Población Objetiva Beneficiaria.
- **DIFEM:** Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- **JRDR:** A la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para las Personas con Discapacidad.
- **RBC:** Rehabilitación Basada en la Comunidad.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.
- **UBRIS** Unidad Básica de Rehabilitación e Integración Social.

➤ INSUMOS

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

➤ RESULTADOS

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

- Las atenciones en Trabajo Social se llevarán a cabo en las U.B.R.I.S. “Tenayo” ubicado en Av. Prolongación 100 metros S/N; Col. El Tenayo; y “Angélica Aragón”, ubicada en Av. Hermilo Mena S/N; Col. Lázaro Cárdenas 3° Sección, Tlalnepantla de Baz, en horario de atención de lunes a viernes de 08:00 a 14:00 horas.
- El horario de atención en las visitas domiciliarias es de 08:00 a 14:00 horas.
- El Trabajador(a) 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;
 - ✓ Copia de credencial INE ampliada a un 200%; y
 - ✓ Comprobante de domicilio.
- El costo por emisión de estudio socioeconómico externo se realizará de conformidad al “Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados en el Sistema Municipal DIF, Tlalnepantla de Baz”.
- En caso de no presentar 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 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 el 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 al 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 Jefatura del Departamento de Rehabilitación para las 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**

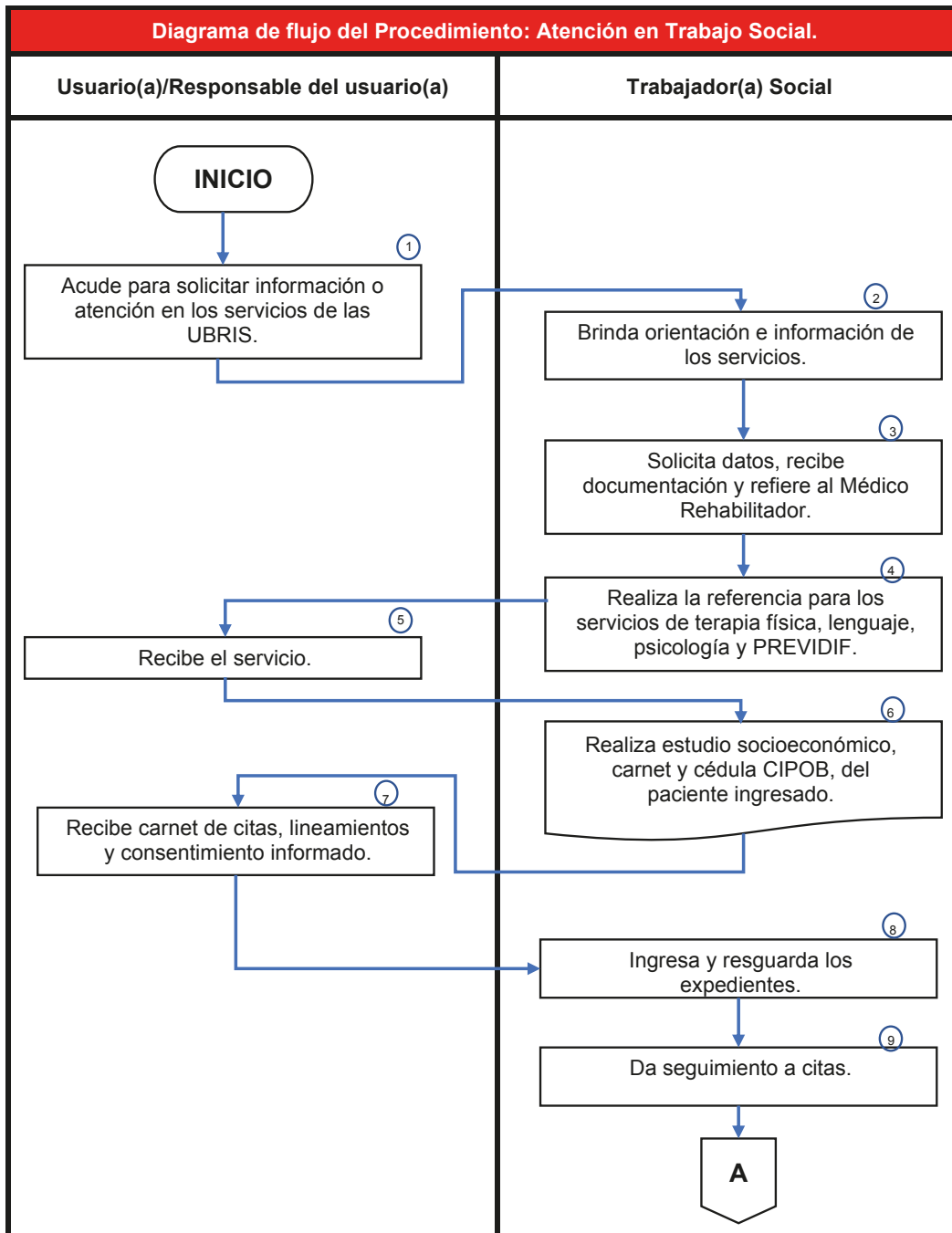
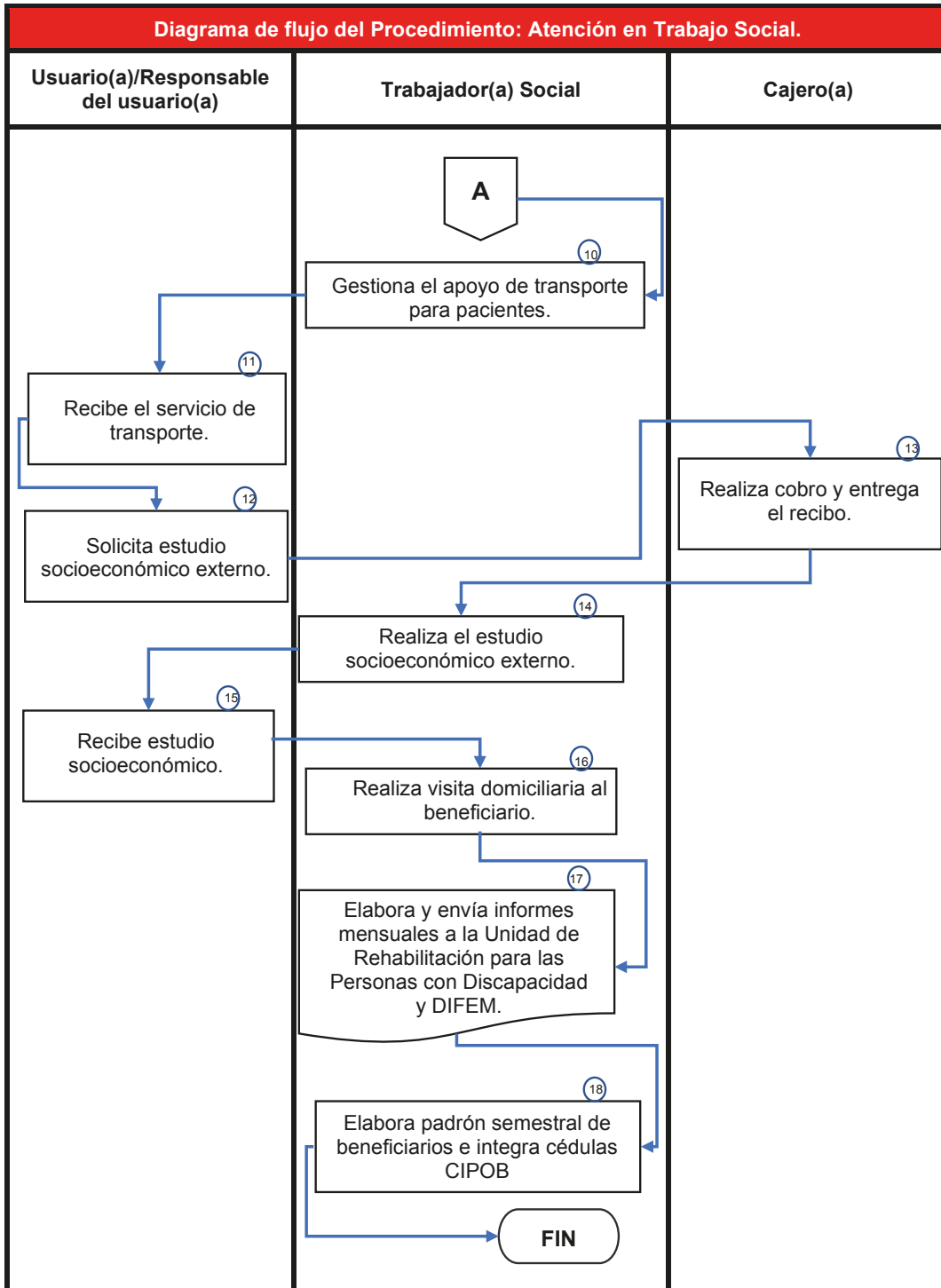




Diagrama de flujo del Procedimiento: Atención en Trabajo Social.



112





➤ **FORMATOS**

▪ **Estudio Socioeconómico**

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA		Unidad de Asistencia e Integración Social Dirección General de Rehabilitación				
PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD						
Dependencia	12	Unidad administrativa	NHK-12360	Programa	S039	
Lugar y fecha de elaboración						
Datos del responsable del llenado de la CIPOS (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				
RFC	Nacionalidad	Celular				
CURP	Estado civil	Correo electrónico				
Tipo de limitación en la actividad del beneficiario (Marque con una "x")						
Caminar o moverse	Ver	Mental	Escuchar	Hablar o comunicarse	Atención o aprendizaje	Auto cuidado
Otra, especifique						
Domicilio del beneficiario						
Tipo de vialidad (Av., Calle, privada, Cerrada, etc.)	Nombre de vialidad	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	Código postal	
Entre vialidades: Tipo y nombre			Descripción de la ubicación			
Datos del padre o tutor del beneficiario (Solo en caso que aplique)						
Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno		
Parentesco con el beneficiario (Marque con una "X")						
Padre	Madre	Tutor	Hermano(a)	Abuelo(a)	Tío(a)	
Otro: Especifique						
De los integrantes del hogar del beneficiario						





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")						
¿Usted o algún miembro de su familia 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	
	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	
	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")										
Las siguientes preguntas tienen como objetivo contar con una retroalimentación del programa. Es importante resaltar que el apoyo es otorgado por el gobierno federal (SNDIF), a través de una instancia ejecutora (SEDIF, SMDIF y OSC), por lo que se le solicita contestar preciso 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 border="1"> <tr> <td>30%</td> <td>40%</td> <td>60%</td> <td>80%</td> <td>100%</td> </tr> </table>						30%	40%	60%	80%	100%
30%	40%	60%	80%	100%						
¿Considera que el apoyo otorgado mejora su calidad de vida?										
<table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> </table>						SI	NO			
SI	NO									
¿Considera que este tipo de apoyo mejora el desarrollo social del municipio, estado o país?										
<table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> </table>						SI	NO			
SI	NO									
¿Considera que este tipo de apoyo debe continuar?										
<table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> </table>						SI	NO			
SI	NO									
¿Considera que este tipo de programas que proporcionan estos apoyos son oportunos y responden a sus necesidades?										
<table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>¿Por qué?</td> </tr> </table>						SI	NO	¿Por qué?		
SI	NO	¿Por qué?								

Observaciones y comentarios



"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa"

NOMBRE Y FIRMA DEL BENEFICIARIO _____





▪ Estudio Socioeconómico (continuación)

 GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO		SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN TRABAJO SOCIAL			 DIF Tlaxcalapantla Nuevo Gobierno, Nuevo Tlaxcala	
NOMBRE:				CLASIFICACIÓN		
EDAD	SEXO	EDO. CIVIL	FECHA DE ESTUDIO			
ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN		CELULAR			
DOMICILIO			TEL. DOMICILIO			
UBICACIÓN ENTRE CALLES						
ENTIDAD FEDERATIVA				CÓDIGO POSTAL		
PUNTO DE REFERENCIA						
MOTIVO DE ESTUDIO						
NOMBRE DEL ENTREVISTADO				PARENTESCO		
ESTRUCTURA FAMILIAR						
MIEMBROS DE LA FAMILIA NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN ESCOLARIDAD		
				OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	

115





▪ Estudio Socioeconómico (continuación)

SITUACION ECONOMICA									
INGRESO MENSUAL					EGRESO MENSUAL				
INGRESO									
PADRE					ALIMENTACION				
MADRE					RENTA O PAGO DE CASA				
HIJO(A)					SERVICIOS DEL HOGAR				
PACIENTE					ATENCION MEDICA				
OTRO					EDUCACION				
					TRANSPORTE				
					RECREACION				
					VESTIDO				
TOTAL					OTROS				
					TOTAL				

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA									
TIPO DE VIVIENDA	COMPONENTES			SERVICIO	TENENCIA	TIPO DE CONSTRUCCION	BARRERAS ARQUITECTONICAS		
	SALA	COTEDOR	COCHERA				INTERNAS	EXTERNAS	
CASA									
DEPTO									
VECINDAD									
CUARTO									
OTRO									

DATOS SIGNIFICATIVOS DE LA FAMILIA									

DIAGNOSTICO Y PLAN SOCIAL									

NOMBRE DE T.S.	FIRMA	SELLO DE DIF MUNICIPAL
<u>ROCIO GONZÁLEZ HERNÁNDEZ</u>	_____	_____

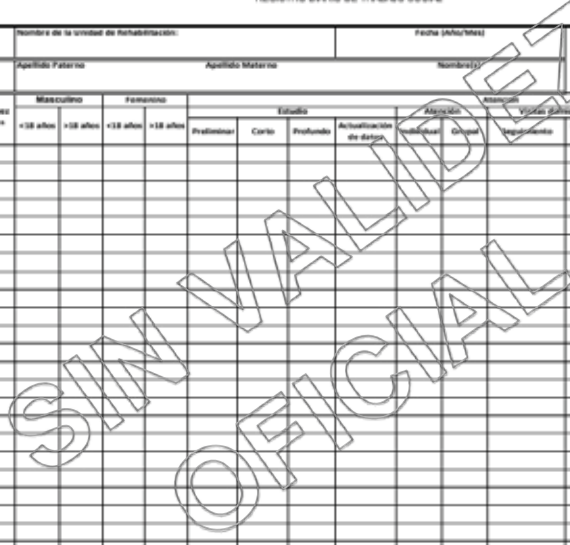




■ Registro de Orientaciones


REGISTRO DIARIO DE TRABAJO SOCIAL

No. Expediente	Tipo (1) Sin más (2) Más	Edad				Estudio			Activación de datos		Atención		Atención		Observaciones
		Menor de 18 años	18 años a 30 años	30 años a 45 años	Mayor de 45 años	Primario	Secundario	Superior	Pre-ocupación	Atención	Atención	Atención	Atención		
TOTAL															





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	M.C. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura del Departamento de Rehabilitación para las Personas con Discapacidad	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARALAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ATENCIÓN MÉDICA EN REHABILITACIÓN
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/MP/DS/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 indicando el tratamiento para el equipo disciplinario de rehabilitación; además bajo su valoración y los criterios que indica DIFEM, se expide y entrega el Certificado de Discapacidad.

➤ ALCANCE

- **A nivel Interno:** El siguiente procedimiento aplica a los(as) servidores(as) públicos de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para las 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

Federal:

- 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.

Estatal:

- Constitución 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".

Municipal:

- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, Tlalnepantla de Baz, México.





➤ RESPONSABILIDADES

Dirección de Salud, deberá:

Supervisar el funcionamiento y servicios del Médico Rehabilitador.

Titular de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para las 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; y 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 ortesis y prótesis en caso de ameritarlo; así como elaborar resumen clínico para entrega de apoyos funcionales.

Explicar al usuario(a), en caso de no ameritar la expedición del certificado o el ingreso al programa de rehabilitación.

Llevar el control de los Certificados de Discapacidad emitidos y listado de consultas de médico especialista en rehabilitación.

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

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 en el Sistema Municipal DIF, Tlalnepantla de Baz”.





➤ 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.
- **Referencia Médica Institucional:** Proceso por medio del cual se envía a un paciente para su atención de un nivel a otro o de una Institución a otra, con mayores recursos para el diagnóstico y tratamiento.
- **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.
- **Valoración Médica:** Proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente.

➤ ACRÓNIMOS

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

➤ INSUMOS

- Formato de certificado 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.

➤ POLÍTICAS

- Las atenciones médicas en rehabilitación se llevan a cabo en las U.B.R.I.S. “Tenayo” ubicado en Av. Prolongación 100 metros S/N; Col. El Tenayo y “Angélica Aragón” ubicada en Av. Hermilo Mena S/N; Col. Lázaro Cárdenas 3° Sección, Tlalnepantla de Baz, con un horario de atención de 08:00 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 a los habitantes de Tlalnepantla de Baz de Baz.
- La persona deberá presentarse a la UBRIS más cercana a su domicilio, para solicitar una cita.
- La persona interesada deberá presentarse quince minutos antes de la hora de su cita.
- El costo de la consulta médica de rehabilitación se aplica de acuerdo al “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el Sistema Municipal DIF, Tlalnepantla de Baz”.
- Para la consulta médica deberá entregar al Trabajador(a) Social la siguiente documentación en copia simple:
 - ✓ CURP;
 - ✓ Acta de nacimiento;
 - ✓ INE;
 - ✓ Comprobante de domicilio; y
 - ✓ 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 sesenta minutos y la subsecuente de cuarenta y cinco 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; 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 Médico 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 del 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 del 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 lugar de las notas medicas con los diagnósticos.
- El Médico valora y expide el certificado previo pago de la consulta en caja por parte del usuario(a).
- El costo del Certificado Médico de Discapacidad se cobrará de conformidad al “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el Sistema Municipal DIF, Tlalnepantla de Baz”.
- 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(as) que lo requieran, deberán solicitarlo en DIFEM.
- Los Certificados Médicos de Discapacidad que se expiden en las UBRIS se emplearán para fines administrativos y no representan un documento legal; solo con la finalidad de solicitar Credencial Nacional para Personas con Discapacidad; trámites de: becas escolares, apoyos funcionales, trámites para exención del programa hoy no circula ante la Secretaria de Movilidad y 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 treinta 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 el 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, vigentes.
- El Médico Rehabilitador debe ejercer la profesión de forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza.
- El Médico Rehabilitador deberá 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.
- El Médico Rehabilitador deberá tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión y salvaguardar su prestigio profesional.





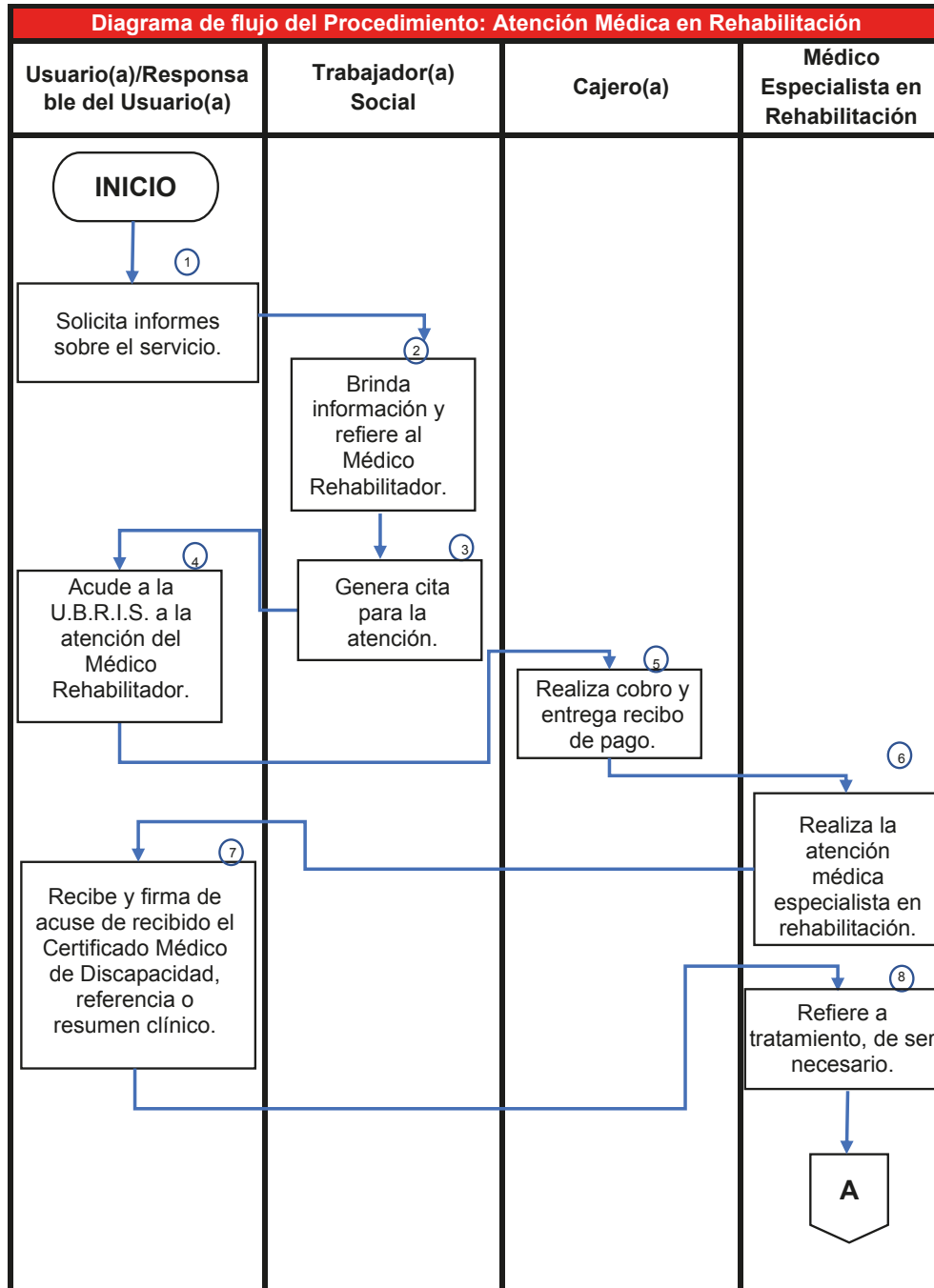
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

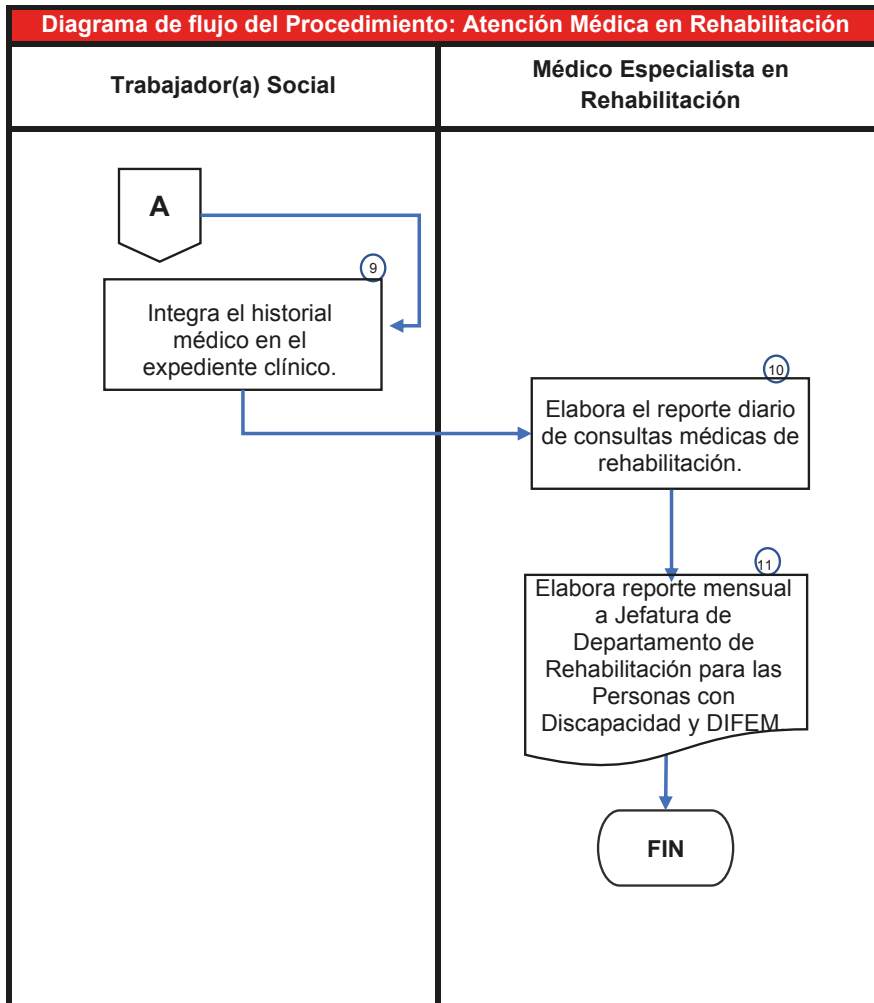
Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NUMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario(a)/Responsable del usuario(a)	1	Solicita informes sobre atención del Médico Rehabilitador.
Trabajador (a) social	2	Brinda informes y refiere al Médico Rehabilitador.
Trabajador (a) social	3	Genera 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 especializada en rehabilitación: valoración y/o emisión de certificado.
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).
Médico Rehabilitador	8	Refiere a tratamiento si es necesario.
Trabajador(a) 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 las Personas con Discapacidad y DIFEM.
FIN		





➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**







➤ **FORMATOS**

- **Certificado Médico de Discapacidad**

SALUD | SNDIF | CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD PEDIÁTRICO

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

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____
 CURP: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Entidad de nacimiento: _____ Teléfono de contacto: _____
 Usuario de servicios de salud: _____ Servicios de salud utilizados: _____

DATOS DE TUTOR

Nombre de tutor: _____
 Edad: _____ Parentesco: _____ Escolaridad: _____

DOMICILIO DEL MENOR CON DISCAPACIDAD

Tipo de vialidad: _____ Nombre de vialidad: _____
 No. exterior: _____ No. interior: _____ Colonia: _____
 C.P.: _____ Municipio: _____ Entidad de residencia: _____

FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD

CONDICIÓN DE SALUD
 Marque conceptual basado en la etiología. Debe incluir código diagnóstico correspondiente a la CIF-10. En caso de presentar más de una afección, el diagnóstico principal corresponde al diagnóstico de mayor limitación y restricción.

Diagnóstico principal: _____ Código CIE-10: _____
 Diagnóstico ampliado: _____

DEFICIENCIAS EN FUNCIONES CORPORALES (b)
 Corresponden a desviaciones significativas o pérdidas de las funciones fisiológicas, anatómicas o psicológicas. Puede seleccionar más de una.

FUNCIONES CORPORALES	Títulos de capítulos de la CIF y sus códigos de referencia	Grado de deficiencia:	Datos ampliados
Mentales (pensamiento, memoria, juicio, afecto y conciencia)	(b100-b199)		
Sensoriales y del dolor	(b200-b299)		
La voz y el habla	(b300-b399)		
Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	(b400-b499)		
Sistema digestivo, metabólico y endocrino	(b500-b599)		
Genitourinarias y reproductoras	(b600-b699)		
Neuromusculoesqueléticas y del movimiento	(b700-b799)		
Piel y estructuras relacionadas	(b800-b899)		

DEFICIENCIAS EN ESTRUCTURAS CORPORALES (s)
 Corresponden a las desviaciones significativas o pérdidas en partes anatómicas. Puede seleccionar más de una.

ESTRUCTURAS CORPORALES	Títulos de capítulos de la CIF y sus códigos de referencia	Grado de deficiencia:	Datos ampliados
Sistema nervioso	(s100-s199)		
Ojo, oído y estructuras relacionadas	(s200-s299)		
Involucradas en la voz y el habla	(s300-s399)		
Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	(s400-s499)		
Sistema digestivo, metabólico y endocrino	(s500-s599)		
Genitourinarias y reproductoras	(s600-s699)		
Relacionadas con el movimiento	(s700-s799)		
Piel y estructuras relacionadas	(s800-s899)		

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN
 Referencias en la clasificación de la CIF se refieren a actividades y roles. Distribución en los ámbitos de funcionamiento en esta clasificación de la CIF.





▪ Referencia Médica



**REFERENCIA DE PACIENTES SOLICITUD
DE ATENCIÓN MÉDICA**



DIRECCIÓN DE OPERACIÓN/JEFATURA DE SALUD COMUNITARIA/COORDINACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS/MEDICINA
ODONTOLOGÍA SOCIAL COMUNITARIA

NOMBRE		UNIDAD QUE ENVÍA	
EDAD	SEXO	NIVEL DE ATENCIÓN	
DOMICILIO		UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA	
COLONIA		SERVICIO QUE ENVÍA	
LOCALIDAD		SERVICIO 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	

130





Historial Clínico

 <p>SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD</p> <p>HISTORIA CLÍNICA</p>		<p>SEXO: _____</p> <p>EDAD: _____</p> <p>UBICACIÓN: _____</p> <p>TELÉFONO: _____</p>			
<p>INTERVIEWER:</p> <p>INTERVIEWER: DIRECTO INDIRECTO</p>					
HEREDITARIOS Y FAMILIARES					
PERSONALES NO PATOLÓGICOS					
PERSONALES PATOLÓGICOS					
DIAGNÓSTICOS PREVIOS					
EXPLORACIÓN FÍSICA					
PESO	ESTATURA	PULSO	TENSIÓN ARTERIAL	TEMPERATURA	RESPIRACIÓN
INSPECCIÓN GENERAL MARCA					
SIGNOS					




<p>PROBLEMAS ACTUALES</p>
<p>APARATOS Y SISTEMAS</p>
<p>EXÁMENES PREVIOS</p>
<p>TRATAMIENTO PREVIOS</p>
<p>TRATAMIENTO ACTUAL</p>
<p>TORAX Y ABDOMEN</p>
<p>MIEMBROS SUPERIORES</p>
<p>MIEMBROS INFERIORES</p>
<p>ABXIA</p>

SIN VALIDEZ OFICIAL





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	M.C. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura del Departamento de Rehabilitación para las Personas con Discapacidad	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CLASES DE MOVILIDAD, BRAILE Y LSM
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/MP/DS/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:** Aplica a los servidores(as) públicos adscritos a la Jefatura del Departamento de Rehabilitación para las Personas con Discapacidad, así como personal médico y paramédico de las UBRIS.
- **A nivel Externo:** A la población del municipio de Tlalnepantla de Baz que solicite el servicio.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

Federal:

- 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.

Estatal:

- 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”.

Municipal:

- Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, Tlalnepantla de Baz. México.

➤ RESPONSABILIDADES

Dirección de Salud, deberá:

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

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

Coordinar, administrar y supervisar los recursos humanos, materiales y económicos de las clases de LSM, orientación, movilidad y Braille.





Controlar, ejecutar y supervisar la ejecución de las clases de orientación, movilidad y Braille. Coordinar, administrar, vigilar y supervisar las acciones dirigidas a la difusión y desarrollo de las clases de Braille y movilidad; así como concentrar la información mensual de las clases de Braille y movilidad.

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.

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

Concentrar la información mensual correspondiente a clases de orientación, movilidad y Braille; evaluar a los alumnos(as) mediante exámenes de lectura y escritura Braille y exámenes prácticos de movilidad.

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

Brindar información al usuario(a) sobre el curso de orientación, movilidad y Braille; requisitos, horarios y sedes.

Integrar al usuario (as) a los grupos que se encuentran en el DIF Tlalnepantla de Baz; 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 db, donde se incluye la hipoacusia, sordera y sordera profesional.
- **Kit de Braille:** Herramientas que permiten el aprendizaje Braille.
- **Programa de ayudas funcionales:** Programa del DIF del Estado de México, que consiste en la donación de aparatos funcionales como silla de ruedas, andaderas, bastones, auxiliares auditivos, 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:** Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- **DRPD:** A la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad.
- **LSM:** Lengua de Señas Mexicanas.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.
- **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.
- Pizarrón.
- Marcadores.
- Impreso de diccionario de LSM.

➤ RESULTADOS

Que la persona usuaria reciba clases que permitan su comunicación, la inclusión y la vida independiente.





➤ POLÍTICAS

- Las clases de Lengua de Señas Mexicanas se realizan los días lunes, miércoles y viernes en la en la “U.B.R.I.S. Tenayo” ubicado en Av. Prolongación 100 metros S/N; Col. El Tenayo, Tlalnepantla de Baz en un horario de 08:00 a 14:00 horas, y los días miércoles de 09:00 a 13:00 horas en el “DIF Central de Santa Mónica” ubicado en Av. Convento de Santa Mónica, Hab. Jardines de Santa Mónica; Tlalnepantla de Baz.
- Se atenderá a cualquier persona con y sin discapacidad que muestre interés en el aprendizaje Braille, con el objetivo de difundir y crear redes entorno a la discapacidad.
- La persona usuaria 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 credencial INE.En caso de menores de edad:
 - ✓ Copia de credencial INE de padre o tutor, copia de acta de nacimiento y copia 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(as) y beneficiarios(as) con los que se cuentan (profesores que están a cargo de grupos de alumnos(as) 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(as) con discapacidad visual 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 siguientes requisitos necesarios, en copia simple:
 - ✓ Acta de nacimiento;
 - ✓ CURP;
 - ✓ Credencial INE;
 - ✓ Comprobante de domicilio (no mayor a tres meses); y
 - ✓ Notas médicas que acrediten la discapacidad.
- 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 el COVID-19.
- El usuario(a) deberá hacer valer el reglamento vigente para que se pueda brindar la atención.





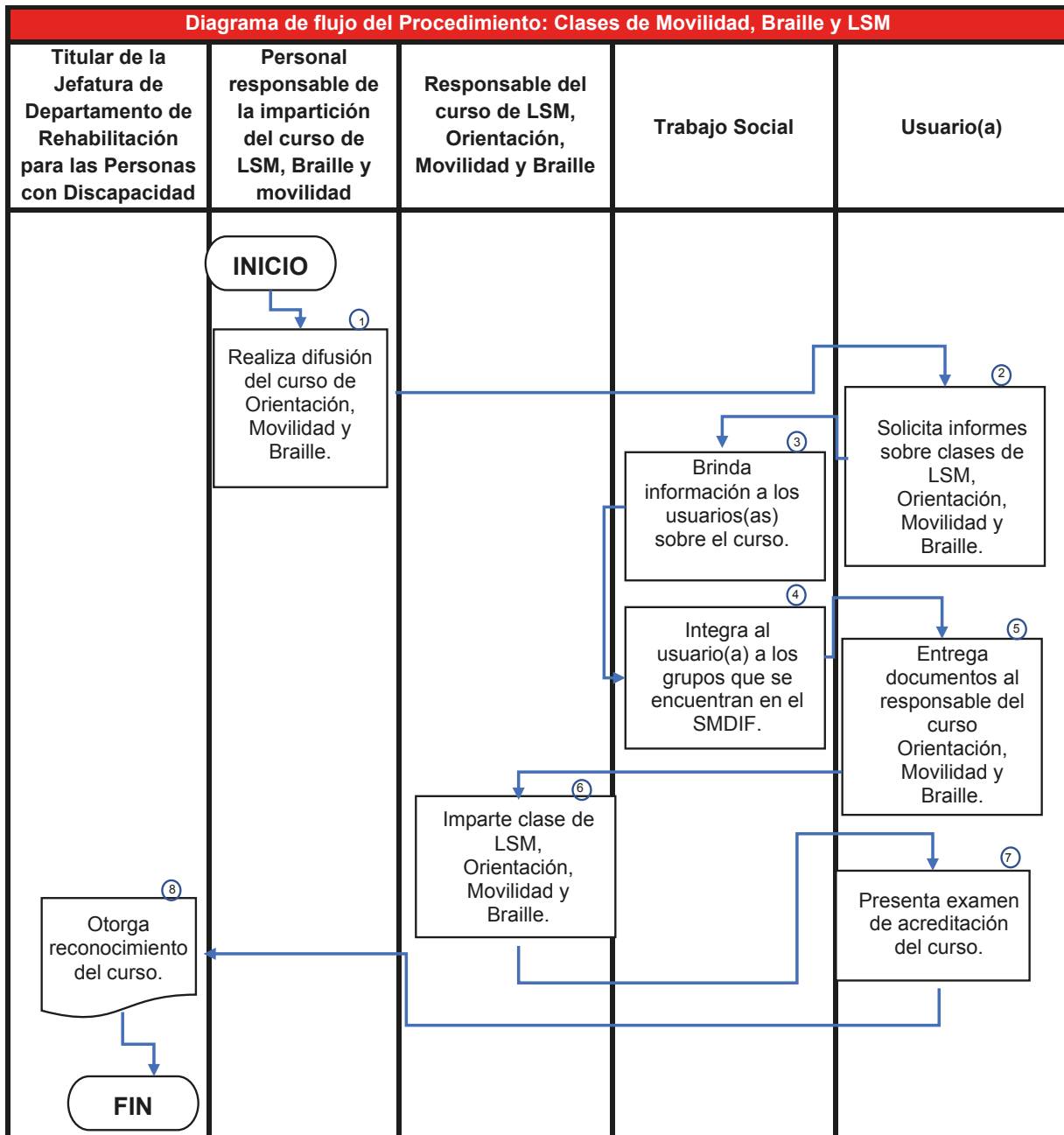
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

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 LSM, orientación, movilidad y Braille.
Usuario(a)	2	Solicita informes sobre clases de LSM, orientación, movilidad y Braille.
Trabajo Social/Auxiliar	3	Brinda información al usuario(a)s sobre el curso de LSM, orientación, movilidad y Braille.
Trabajo Social/Auxiliar	4	Integra al usuario(a) a los grupos que se encuentran en el DIF Tlaxcala de Baz.
Usuario(a)	5	Entrega documentos al responsable del curso de LSM, 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 las Personas con Discapacidad	8	Otorga reconocimiento del curso.
FIN		





➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**





➤ **FORMATOS**

- **Lista de Asistencia al Curso de Movilidad y Braille**



DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN
PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

MOVILIDAD Y BRAILE

LISTA DE ASISTENCIA

UNIDAD UBRIS / LUGAR: _____

FECHA: _____ TEMA: _____

IMPARTIO: BRAULIO SAUCEDO FLORES N° EMPLEADO: 1806

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



▪ Lista de Asistencia de LSM



LENGUA DE SEÑAS MEXICANA (LSM)
LISTA DE ASISTENCIA

UNIDAD USMS: _____

TEMAS: _____

MODALIDAD: PRESENCIAL

IMPARTIDO: LANI CONCEPCIÓN PADRÓ GARCÍA

No. EMPLEADO: 4438

No.	SEXO	NOMBRE DEL BENEFICARIO	DÍA	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
DÍA: (DD/MM/AAAA)





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	M.C. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura del Departamento de Rehabilitación para las Personas con Discapacidad	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





3.3. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DEL CENTRO DE CAPACITACIÓN E INCLUSIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DEL CENTRO DE CAPACITACIÓN E INCLUSIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VINCULACIÓN LABORAL
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/MP/DS/DCILPD/001

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- 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 Dirección de Salud, a través de la Jefatura de Departamento del Centro de Capacitación e Inclusión Laboral para Personas con Discapacidad (CECAIN), al personal de vinculación laboral y psicología; así como a la población que requiera el servicio.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

Federal:

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ◆ Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
- ◆ 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.
- ◆ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.

Estatal:

- ◆ 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".

Municipal:

- ◆ Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlaxcala de Baz, México.

➤ RESPONSABILIDADES

Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STyPS), deberá:

Realizar pruebas de habilidades VALPAR y entrega resultados a la Jefatura de Departamento del CECAIN.

Dirección de Salud, deberá:

Dirigir y supervisar el funcionamiento y servicio de la Unidad de Vinculación Laboral para personas con Discapacidad.



Titular de la Jefatura de Departamento del Centro de Capacitación e Inclusión Laboral para Personas con Discapacidad (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. Controlar, ejecutar y 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; organizar e impartir pláticas de inducción laboral a usuarios de CECAIN; y ejecutar acciones para fomentar el empleo y autoempleo en 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 PcD.

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(a) 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.

Usuario(a), deberá:

Acudir al CECAIN a solicitar informes y acudir a la entrevista a la Institución correspondiente.

➤ **GLOSARIO:**

- **Canalización:** Dirigir a los usuarios(as) que solicitan el servicio de inclusión laboral mediante un oficio; 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:** 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 Psico-educativas:** 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:** Evaluación profesional que 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.
- **PcD:** Persona con Discapacidad.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlaxcala de Baz.
- **STyPS:** Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

➤ 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

La contratación de las personas con discapacidad en instancias del sector público, privado y/o social.





➤ POLÍTICAS:

- La vinculación laboral será totalmente gratuita.
- La vinculación se gestionará por parte de la Jefatura de Departamento del CECAIN, con domicilio en la calle Hermenegildo Galeana 3, col. San Juan Ixhuatepec.
- Para que se brinde el servicio, el usuario(a) requiere presentar la siguiente documentación de identidad completa para iniciar el proceso de vinculación laboral:
 - ✓ Original y copia del CURP;
 - ✓ Original y copia del INE;
 - ✓ Original y copia del acta de nacimiento;
 - ✓ Original y copia del comprobante domicilio;
 - ✓ Original y copia del comprobante de último grado de estudios; y
 - ✓ Fotografía tamaño infantil a color o blanco y negro.
- 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, será la encargada de entregar 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.





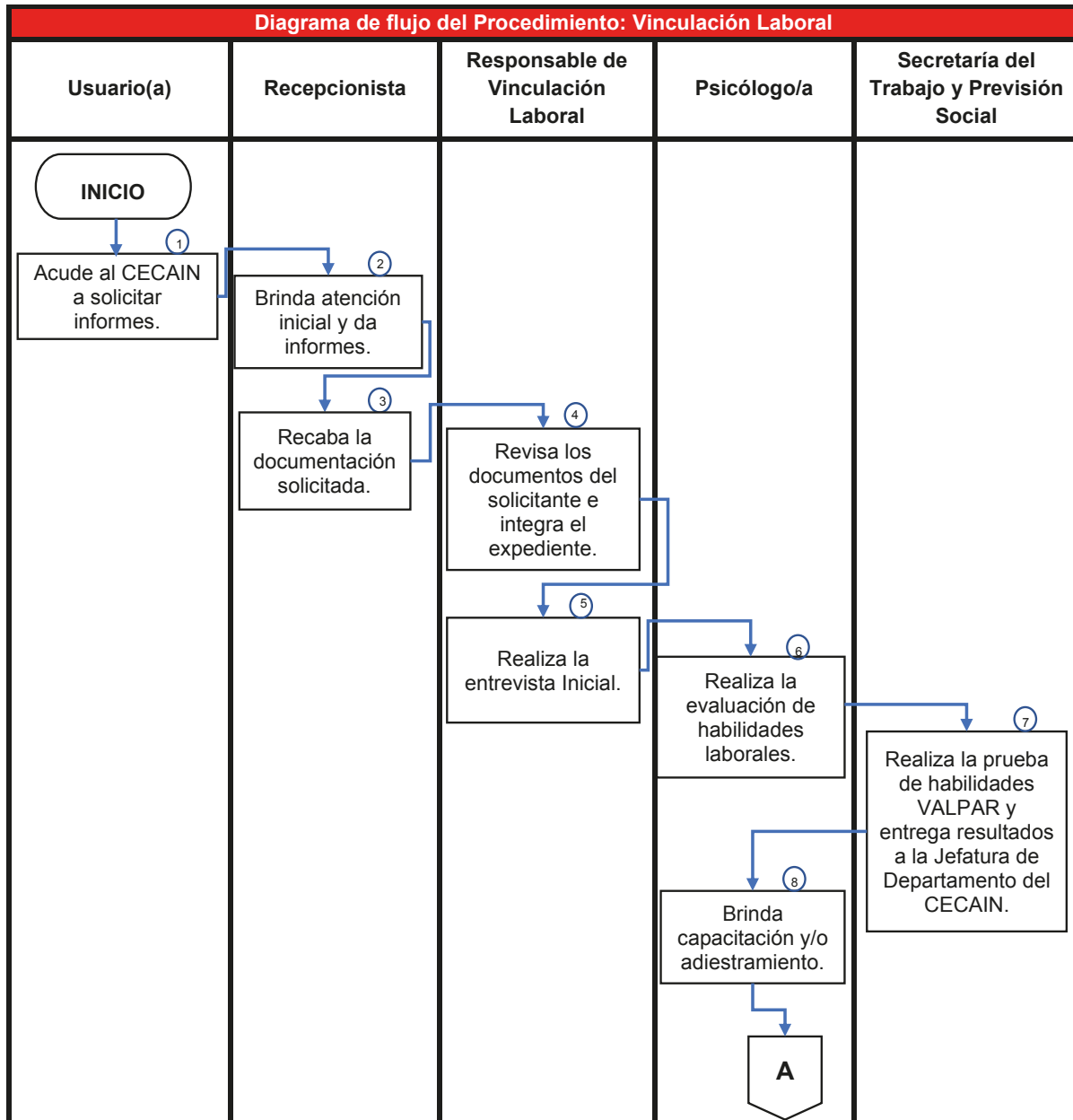
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

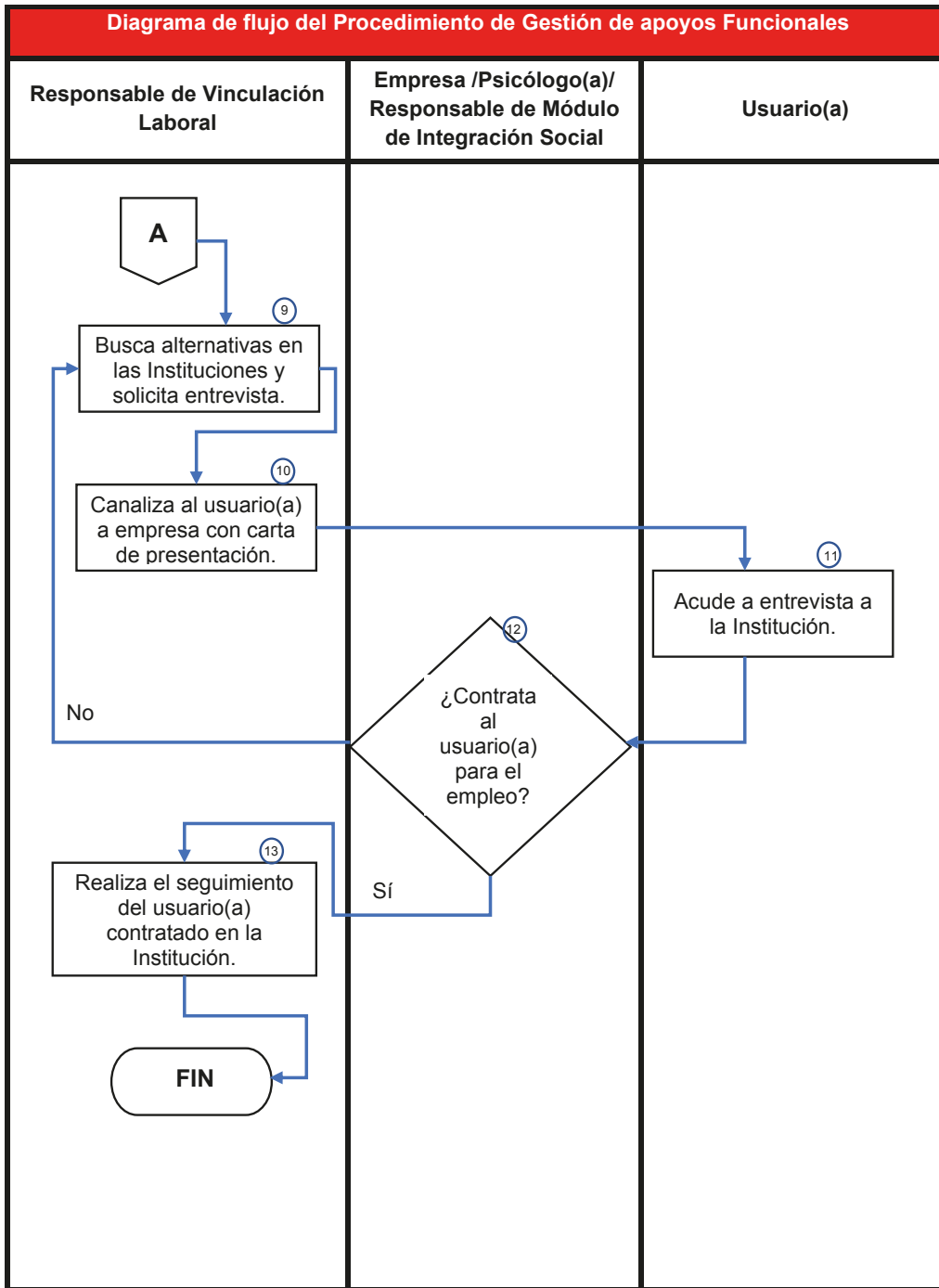
Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	Actividad	
	No.	Descripción
INICIO		
Usuario(a)	1	Acude a CECAIN a solicitar informes.
Recepcionista	2	Brinda atención inicial y da informes.
Recepcionista	3	Recaba la documentación solicitada: CURP, INE, acta de nacimiento, comprobante de último grado de estudios, una fotografía tamaño infantil, certificado médico que acredite la discapacidad y un comprobante de domicilio con vigencia no mayor a 3 meses.
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 entrevista inicial y canaliza al módulo de integración social.
Psicólogo(a)	6	Realiza 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 o no candidato para la inclusión laboral formal.
Responsable de Vinculación Laboral para PcD	9	Se buscan alternativas en las empresas y se solicita entrevista.
Responsable de Vinculación Laboral para PcD	10	Se canaliza al usuario(a) a la Institución con carta de presentación.
Usuario(a)	11	Acude a entrevista a la institución.
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 por la Institución.
FIN		





➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**







➤ ANEXOS

▪ Formato de 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

1





Formato de Entrevista (continuación)



CENTRO DE CAPACITACIÓN E INCLUSIÓN LABORAL
PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

REFERENCIA (CROQUIS)

Empty box for drawing or reference.

CAPACITACION	CURSOS / TALLER	INTEGRACION LABORAL	OTROS

ESCOLARIDAD (COMPROBABLE):

SITUACIÓN CLÍNICA / CAUSA DE DISCAPACIDAD:

Empty lines for text input.

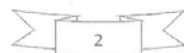
EVOLUCIÓN:

Empty box for text input.

BÁSICAS (MOVIMIENTOS FUNCIONALES):

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

LBH



153





Formato de 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	M.C. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento del Centro de Capacitación e Inclusión Laboral para Personas con Discapacidad	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DEL CENTRO DE CAPACITACIÓN E INCLUSIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CURSOS Y TALLERES PARA EL AUTOEMPLEO
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/MP/DS/DCILPD/002

ÍNDICE

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





➤ OBJETIVO

Impartir cursos y talleres productivos a 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 Dirección de Salud, 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

Federal:

- ◆ Convención de Derechos Humanos sobre los derechos de las Personas con Discapacidad.
- ◆ Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
- ◆ Ley General de Educación.

Estatal:

- ◆ 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.

Municipal:

- ◆ Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlaxcala de Baz, México.

➤ RESPONSABILIDADES

Dirección de Salud, 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), que imparten cursos y talleres para el autoempleo.

Titular de la Jefatura de Departamento del Centro de Capacitación e Inclusión Laboral para Personas con Discapacidad, 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.

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(as) 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 talleres 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 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 y talleres (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 currículum 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 a los usuarios(as) 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:** 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 cursos y talleres para la integración laboral.

➤ **ACRÓNIMOS**

- **CECAIN:** Centro de Capacitación e Inclusión Laboral para Personas con Discapacidad.
- **PcD:** Persona con Discapacidad.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlaxcala 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:
 - ✓ Original y Copia del acta de nacimiento actualizada;
 - ✓ Original y copia del CURP;
 - ✓ Original y copia del INE;
 - ✓ Original y copia de comprobante de domicilio;
 - ✓ Original y copia de certificado de estudios;
 - ✓ Original y copia de título, diploma y/o constancia de los cursos que ha cursado y acreditado;
 - ✓ Tres fotografías tamaño infantil (color o b/n); y
 - ✓ Certificado médico.
- Para ser beneficiario del curso o taller, el usuario(a) deberá presentar:
 - ✓ Original y copia del CURP;
 - ✓ Original y copia del INE;
 - ✓ Original y copia del acta de nacimiento;
 - ✓ Original y copia del comprobante domicilio;
 - ✓ Certificado médico general; y
 - ✓ Constancia domiciliaria, con vigencia no mayor a 3 meses, en caso de no contar con comprobante de domicilio.
- Los cursos y talleres que serán impartidos 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 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 en el SMDIF”, vigente.
- El costo de los cursos y talleres es aplicado de conformidad al “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF”, vigente.





- El costo de las clases de regularización será aplicado de conformidad al “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF”, vigente.
- Se otorgarán constancias de participación al cubrir cada uno de los módulos del curso y/o taller.

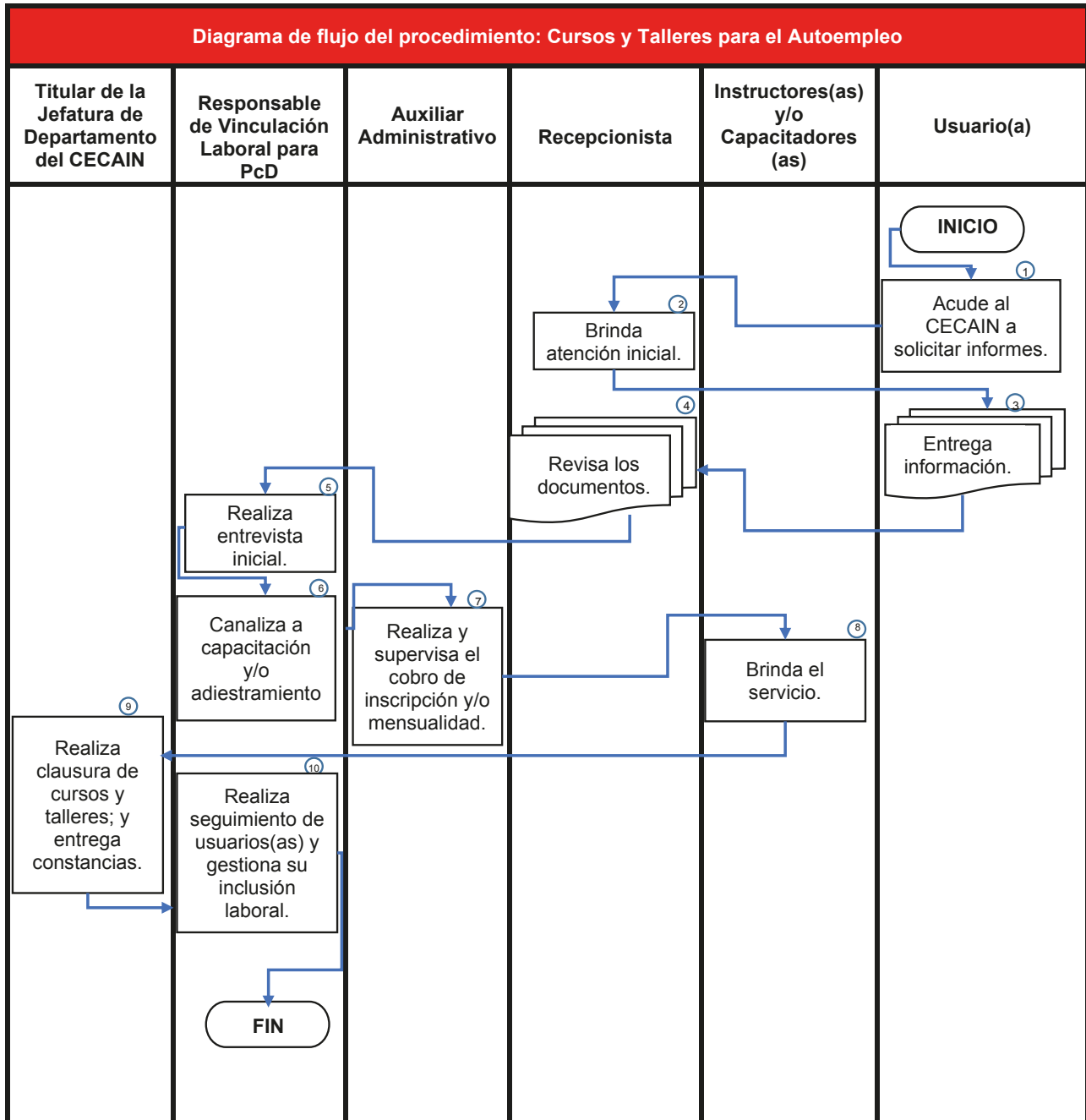
➤ **DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES**

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	Actividad	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario(a)	1	Acude a CECAIN a solicitar informes.
Recepcionista	2	Brinda atención inicial y da informes.
Usuario(a)	3	Recaba 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 se canaliza a capacitación y/o adiestramiento.
Auxiliar Administrativo	7	Realiza y supervisa el cobro de inscripción y/o mensualidad en los casos que aplica.
Instructor o Maestro laboral	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		





➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**



162



▪ **Solicitud de Ingreso a Curso**



SOLICITUD DE INGRESO A CURSO

*ALUMNO:

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO 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 () 1 FOLDER BEIGE () COMPROBANTE DE DOMICILIO (NO MAYOR A TRES MESES) () 2 FOTOS INFANTIL () CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD () CERTIFICADO DE MÉDICO GRAL ()

FIRMA DEL ALUMNO

FIRMA DE DIRECCIÓN



SIN VALIDEZ OFICIAL





▪ Lista de Asistencia



CURSO

Fecha: _____ Horario: _____

Curso _____

TEMA:

No	Nombre	Discapacidad	Colonia	Firma	Sector
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

FIRMA DE RESPONSABLE _____

DIF CECAIN: Centro de Capacitación e Inclusión Laboral Para Personas con Discapacidad. Hermenegildo Galeana Núm. 3 Col. San Juan Ixhuatpec C.P. 54180 Tlalnepantla de Baz.





▪ Recibo de Pago

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

Recibo de pago Folio N° 0369

Nombre de usuario

Braille Psicología Psicología (valoración) Taller de Autoempleo

LSM Masoterapia Taller de matemáticas Otro

Inglés Informática Taller de lectura y redacción

LIBRERÍA

Recibe

Mes Día Año

DIF \$

ESPECIALISTA \$

TOTAL \$

SIN VALIDEZ OFICIAL





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
Lic. Alejandra Gisela Cornelio Delgado	M.C. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. De Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento del Centro de Capacitación e Inclusión Laboral para Personas con Discapacidad	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DEL CENTRO DE CAPACITACIÓN E INCLUSIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VALORACIÓN PSICOLÓGICA
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/MP/DS/DCILPD/003

ÍNDICE

- OBJETIVO
- ALCANCE
- FUNDAMENTO JURÍDICO
- RESPONSABILIDADES
- GLOSARIO
- ACRÓNIMOS
- INSUMOS
- 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 lograr una inclusión educativa adecuada de acuerdo a sus necesidades y habilidades.

➤ ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud, a través de la Jefatura de Departamento del Centro de Capacitación e Inclusión Laboral para Personas con Discapacidad CECAIN, a través de los Módulos de Psicología; así como a los usuarios(as), que requieran el servicio.

➤ FUNDAMENTO LEGAL

Federal:

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ◆ Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
- ◆ Ley General de Educación.
- ◆ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico.

Estatal:

- ◆ 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".

Municipal:

- ◆ Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlaxcala de Baz, México.

➤ RESPONSABILIDADES

Dirección de Salud, deberá:

Deberá dirigir y supervisar el funcionamiento y servicios de evaluaciones psico-educativas.

Titular de la Jefatura de Departamento del Centro de Capacitación e Inclusión Laboral para Personas con Discapacidad, 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 de Psicología a las autoridades competentes.

Responsables del Módulo de Psicología, deberá:

Dar orientación a los padres, madres o tutores de las niñas, niños y/o adolescentes que solicitan la valoración psico-educativa sobre el proceso a seguir; y aplicar las pruebas psico-educativas 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(as) a integración educativa y capturar los datos en el software de la Jefatura de Departamento del CECAIN, para contar con una base de datos de usuarios(a) atendidos; asimismo otorgar los resultados obtenidos de la evaluación psico-educativa y alternativas de atención, así como la adecuada canalización.

Acudir a Instituciones Educativas para dar a conocer los servicios de los Módulos de Integración; y 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); así como entregar el 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; 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, junto con el dinero recaudado.

Recepcionista, deberá:

Realizar las funciones de recepción; brindar la atención inicial; y apoyar a la Jefatura de Departamento del CECAIN en las labores administrativas que requiera.





➤ GLOSARIO

- **Discapacidad:** 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 Psico-educativas:** 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.
- **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.
- **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(as):** Personas que solicitan el servicio. a través de su padre, madre o tutor; para la evaluación psicopedagógica, esto 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 las 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.
- **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 de las personas usuarias.

➤ POLÍTICAS

- El servicio de atención para el servicio de valoración psicológica es de lunes a viernes de 08:00 a 17:00 horas.
- El servicio de valoración psicológica, se brindará en el Módulo de Integración Social ubicado en las instalaciones de CECAIN, con domicilio en la calle Hermenegildo Galeana 3, col. San Juan Ixhuatepec.
- Todas las evaluaciones psico-educativas deberán ser solicitadas mediante escrito por parte de los padres, tutores o Institución Educativa dirigida al CECAIN.
- El usuario(a) debe cubrir el pago correspondiente de conformidad al “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el Sistema Municipal DIF, Tlalnepantla de Baz”, vigente.
- Las pruebas a realizar dependerán de la entrevista o el tipo de problemática detectada, y estas podrán ser de inteligencia, pruebas proyectivas, de personalidad y psicopedagógicas a solicitud del docente o de los padres o tutores.





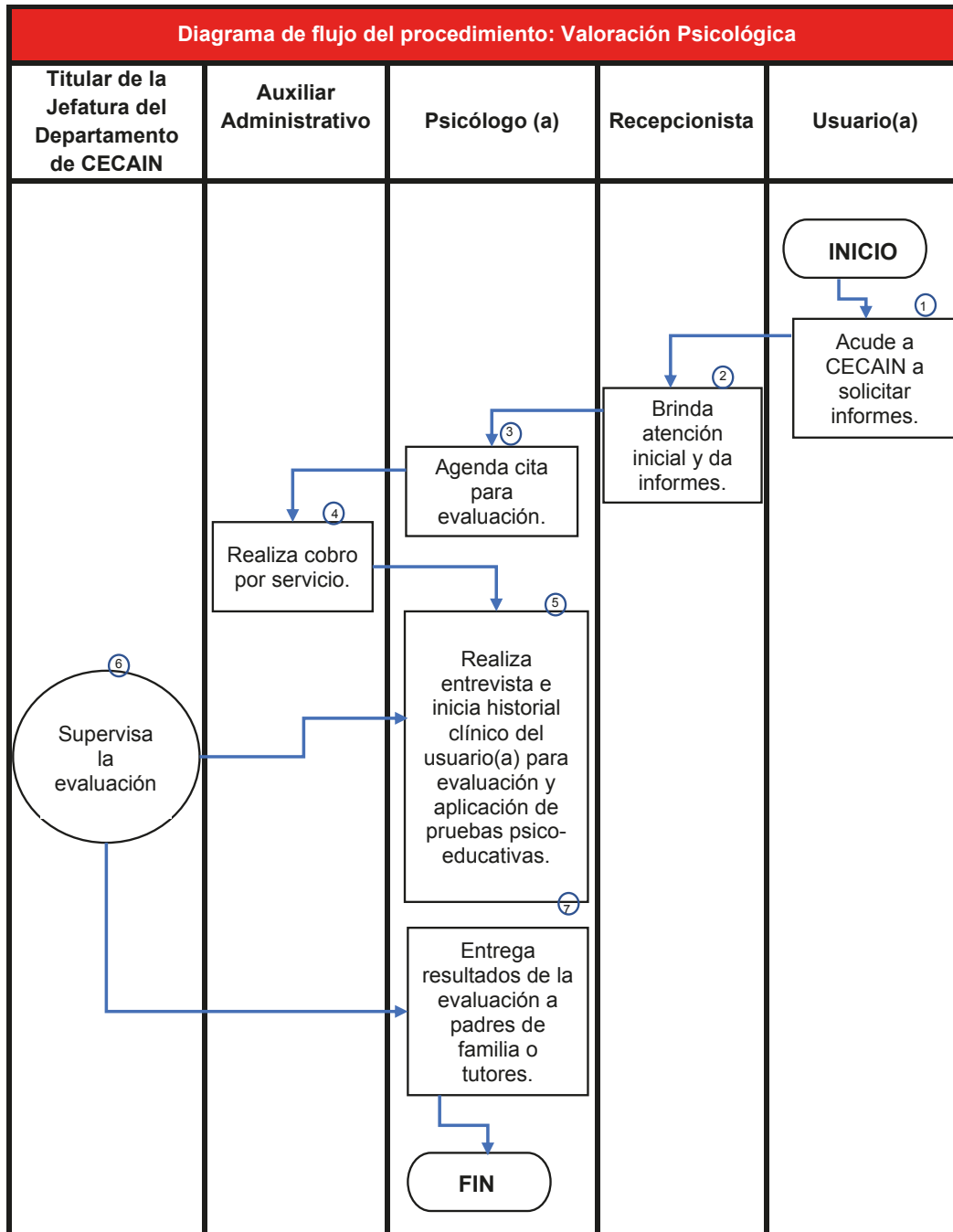
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	Actividad	
	No.	Descripción
INICIO		
Usuario(a)	1	Acude al 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 la entrevista e inicia historial clínico del usuario(a) para evaluación y aplicación de pruebas psico educativas
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**





Formato de Entrevista



ENTREVISTA

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO _____ ESCOLARIDAD _____
TELEFONO _____ 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? ¿CUÁL? _____

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? ¿CUÁL? _____

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? _____ ¿NEUROLOGICOS? _____
¿FARMACODEPENDIENTES? _____ OTRO? _____

V. DESARROLLO PRE-PERI Y POSTNATAL DEL NIÑO

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





Formato de 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 () SE UTILIZO ANESTESIA ()
 ¿SE PRESENTARON COMPLICACIONES? _____
 PRESENTACIÓN DE PRODUCTO: CABEZA () PÉLVICO () TRANSVERSAL ()
 ACTITUD DE LOS PADRES ANTE EL RECIEN NACIDO _____
 ESTADO DEL RACIEN NACIDO: PESO _____ TALLA _____
 ¿HUBO ALGUNAS LESIONES, DEFECTOS O DEFORMACIONES EN EL NACIMIENTO? _____

VI. ALIMENTACIÓN

SE ALIMENTO CON LECHE MATERNA: SI () NO () CAUSAS _____
 ¿QUE TIPO DE LECHE TOMO Y POR CUANTO TIEMPO? _____
 ¿A QUE EDAD TUVO EL BASTETE? _____ ¿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 QUISIERA 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 () DIESTRO () 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? _____ ¿RECHINA LOS DIENTES? _____





▪ **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 CARIÑOSO _____ ALEGRE _____ TIMIDO _____ TRISTE _____
¿LE TEME A ALGO? _____ ¿QUE LO HACE ENOJAR? _____
¿COMO EXPRESA SU ENOJO? _____ ¿HACE BERRINGONES? _____
¿COMO REACCIONA USTED? _____ ¿ES UN NIÑO DIFÍCIL DE CONTROLAR? _____

AUTOCUIDADO:

¿EXISTE CONTROL DE ESFINTERES? 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 ()
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 T.V.? SI () NO () TIEMPO APROX. _____
¿ESCUCHA RADIO? SI () NO () TIEMPO APROX. _____
¿PRACTICA ALGUN DEPORTE? SI () NO () ¿CUAL? _____

VIII. ATENCION Y CUIDADO DEL NIÑO.

ATENCION POR PARTE DE OTRAS PERSONAS SI () NO () ¿QUIEN 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 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 PROBLEMÁTICA 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

¿ASISTIO EL NIÑO A LA GUARDERIA? SI () NO () TIEMPO _____

¿ASISTIO AL JARDIN DE NIÑOS? SI () NO () TIEMPO _____

¿CURSO LA PRIMARIA? SI () NO () HASTA QUE GRADO _____

¿ASISTIO 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 _____





▪ Ejemplo de Solicitud de Atención



Tialnepantla 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 [redacted] quien está inscrita en el grupo de [redacted] en esta Institución Educativa y a petición de la USAER 89, 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.

178
T

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO



S. E. I. E. M.
DIRECC. DE EDUC. SECUNDARIA Y SERVICIO DE APOYO
DEPTO DE EDUC. TELESECUNDARIA
EN EL VALLE DE MEXICO
ESC. TELESECUNDARIA "SOR JUANA INÉS DE LA CRUZ"
1507174485

Atentamente:

Dr. Marco Antonio Hernández Gallardo
Directora de la Telesecundaria "Sor Juana Inés de la Cruz"



30/05/22

Entrego Original
Firma: Rosario Rivera R



▪ **Reporte Clínico**



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.
PSICÓLOGA.
CED. PROF

Atención vía whatsapp: 56 3622 0000





▪ Reporte Clínico (continuación)



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

SIN VALIDEZ OFICIAL

ATENTAMENTE

LIC.
PSICÓLOGA
CED. PROF.

Atención vía whatsapp: 56 3622 0000





▪ **Reporte Clínico (continuación)**



Tlalnepantla de Baz, Edo de Max., 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 Cornelio Delgado	M.C. Linda Mercedes Herrera Fuentes	C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes
Titular de la Jefatura de Departamento del Centro de Capacitación e Inclusión Laboral para Personas con Discapacidad	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





3.4. 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/2023/MP/DS/001

ÍNDICE

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





➤ OBJETIVO

Otorgar los servicios de atención y 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

Federal:

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ◆ Ley General de Salud.

Estatal:

- ◆ Ley que Crea a los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter municipal, denominado "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia".

Municipal:

- ◆ 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 de los subsistemas; asimismo 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 realizar la toma de signos vitales atendiendo a las buenas prácticas de enfermería; así como 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 en 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 técnicas para obtener medidas precisas de las dimensiones 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 Tlalneantla 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 Tlalneantla de Baz, dirigidas a la prevención y el tratamiento oportuno de las diferentes enfermedades diagnosticadas a la población.

➤ 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 Tlalneantla de Baz.
- Se consideran consultas generales los servicios a la población que, por cuadros sintomáticos de padecimiento generales de salud, requiere de consulta médica para recibir el tratamiento adecuado para recuperar su estado de salud.





- Se consideran consultas de especialidad, aquellos servicios que proporcionan los médicos especialistas de ortopedia y pediatría, así como otras ramas de la salud que incluyen audiometría, coloscopia, nutrición, optometría, podología y quiropraxia.
- 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 tendrá un costo de acuerdo con el “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF”, vigente.
- Se podrán otorgar cortesías para recibir atención médica y de especialidad, cuando sea solicitado previamente, a través de un oficio debidamente requisitado y previamente autorizado por la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva del SMDIF.
- 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 Médico General y Especialista solicitará datos al usuario tales como, CURP, domicilio, estado civil, edad, sexo, fecha de nacimiento; con la finalidad de llevar un control de la población beneficiada por los servicios del SMDIF Tlalnepantla de Baz.
- 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.



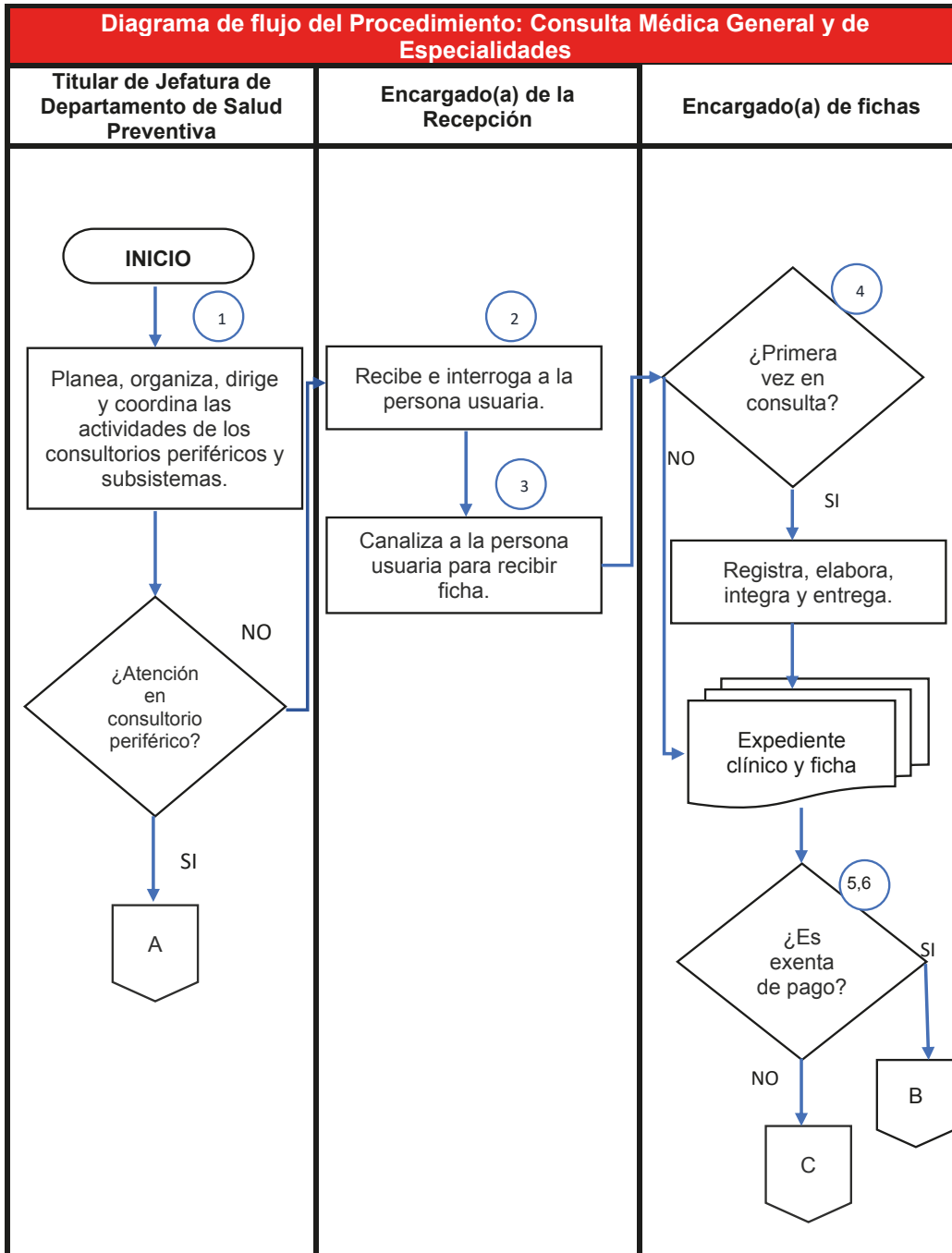


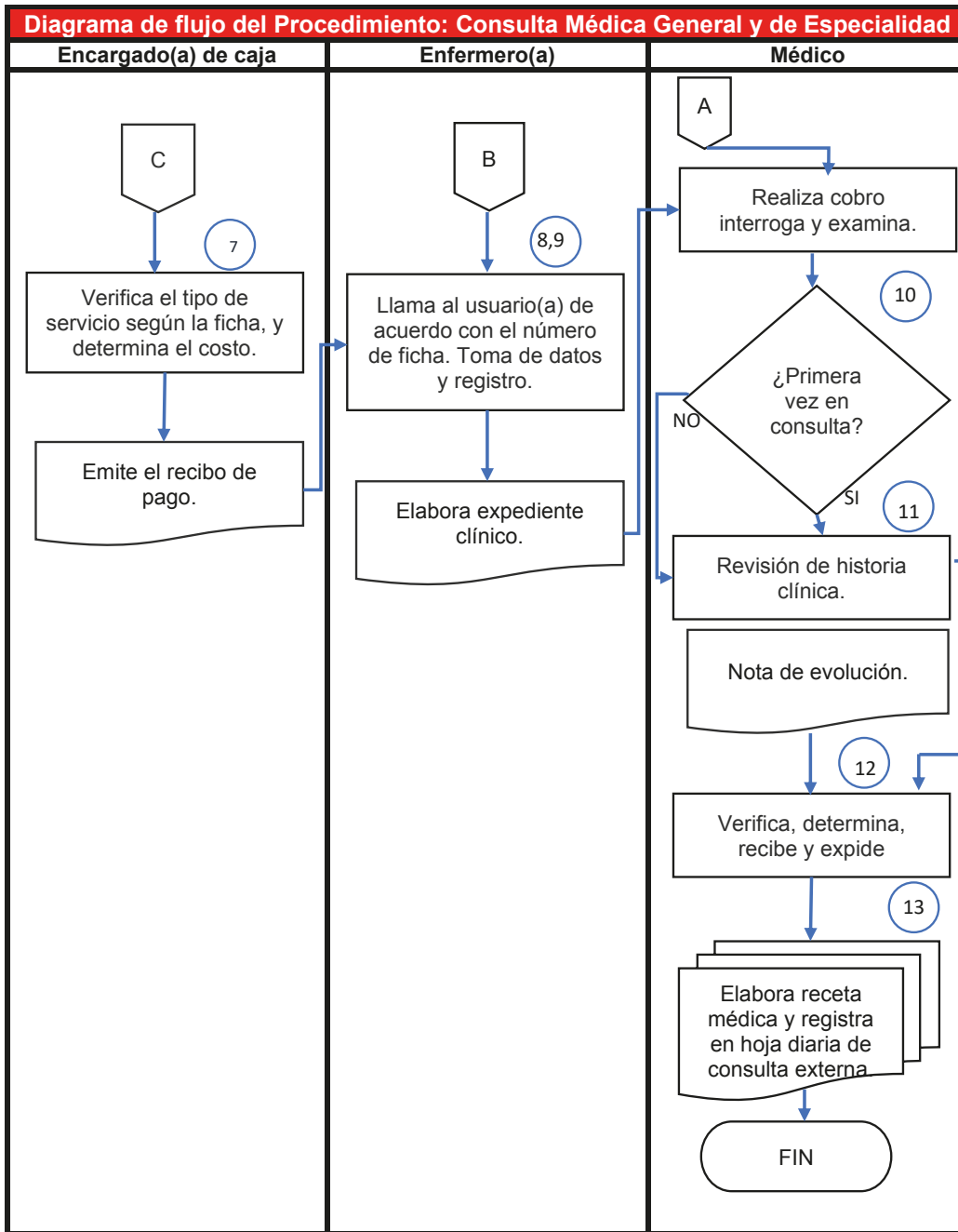
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

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, y determina el costo en el "Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en 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	Toma signos vitales de la persona usuaria y lo 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 usuaria sobre su padecimiento, da instrucciones para su tratamiento, elabora receta médica y registra en hoja diaria de consulta externa.
FIN		



➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**







➤ **FORMATOS**

- **Receta Médica**

 H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024

RECETA MÉDICA

 Tlalnepantla
Nuevo Gobierno, Nuevo Horiz.

NOMBRE:		EDAD:	SEXO:	FOLIO: No. 20501
PESO:	TALLA:	F.C.	F.R.	TEMPERATURA:
Impresión diagnóstica:			Fecha: / /	



Nombre completo / firma del médico

Cédula profesional

DIF Central Santa Mónica: Av. Conv. de Santa Mónica s/n, Esq. Convento de San Fernando Fracc. Jardines de Santa Mónica, Tlalnepantla de Baz, Edo. de México Tel: 55-53-61-21-15 Ext. 300





▪ Historia Clínica



HISTORIA CLÍNICA



NOMBRE:	EDAD:	SEXO:	OCUPACIÓN:
ESCOLARIDAD:	ESTADO CIVIL:	LUGAR DE ORIGEN:	
DOMICILIO:	N° TELEFÓNICO:		

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

PADECIMIENTO	PARENTESCO	TIEMPO DE EVOLUCIÓN

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

MENARCA:	IVSA:	UM:	FUP:
FUA:	G:	C:	A:

PADECIMIENTO ACTUAL

MOTIVO DE CONSULTA

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

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





▪ Nota de Evolución



"Atención primaria a la salud"

Nota de evolución.

NOMBRE:

EDAD:





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
M.C. Liliana Zamora Benítez	M.C. 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/2023/MP/DS/002

ÍNDICE

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





➤ 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

Federal:

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ◆ Ley General de Salud.

Estatal:

- ◆ Ley que Crea a los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de Carácter Municipal, denominados “Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia”.

Municipal:

- ◆ 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 lo que se encuentran en los subsistemas; asimismo 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 usuaria 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 en el SMDIF”; así como recibir y expedir el pago correspondiente.

➤ **GLOSARIO**

- **Certificado médico:** Es una constancia escrita en la cual el Médico otorga, por ciertos 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 técnicas para obtener medidas precisas de las dimensiones 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, de acuerdo con el “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF”, vigente.
- Se podrán otorgar cortesías para recibir el servicio de Certificado Médico, cuando sea solicitado previamente, a través de un oficio debidamente requisitado y previamente autorizado por la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva del SMDIF.
- 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 los que se encuentren en los 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 Médico General solicitará datos al usuario(a) tales como: CURP, domicilio, estado civil, edad, sexo, fecha de nacimiento; con la finalidad de llevar un control de la población beneficiada por los servicios del SMDIF Tlalnepantla de Baz.
- 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.





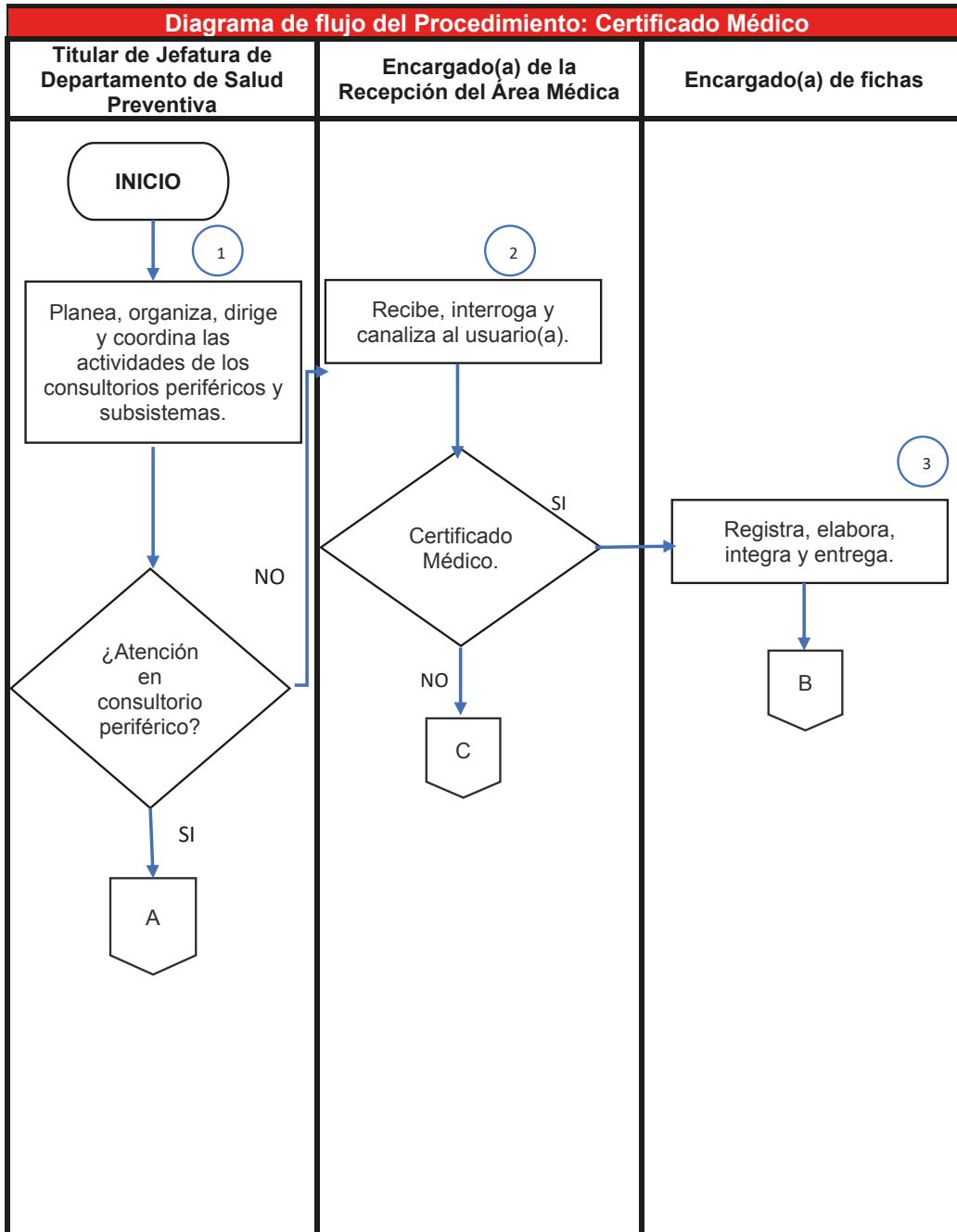
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

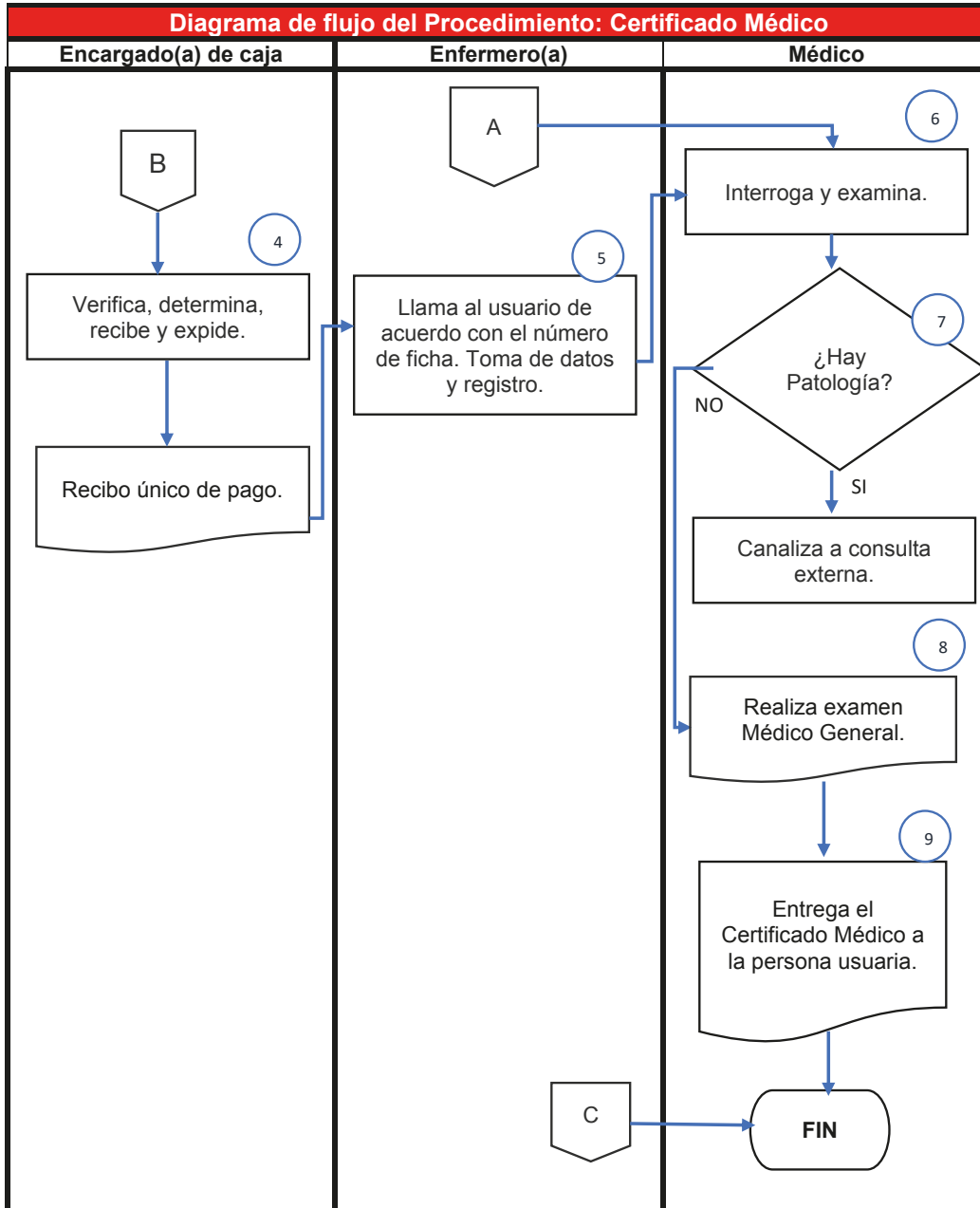
Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Titular de la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva	1	Planear, organizar, dirigir y coordinar las actividades correspondientes al servicio de Certificados Médicos.
Encargado(a) de recepción del Área Médica	2	Recibir al paciente y entrevistarlo. En caso de solicitar el Certificado Médico, canaliza a la persona usuaria al módulo de dichas.
Encargado(a) de Fichas	3	Entrega la ficha a la persona usuaria 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.
Médico	8	Si el paciente no presenta patología, realiza el examen médico y elabora el <i>Certificado Médico</i> .
Médico	9	Entrega Certificado Médico a la persona usuaria.
FIN		





➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**







➤ **FORMATOS**

- **Formato de Certificado Médico**



M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024

Sistema Municipal DIF en Tlalnepantla de Baz
Dirección de Salud

CERTIFICADO MÉDICO



Folio: 6101

El que suscribe _____ médico debidamente autorizado para el ejercicio de la profesión, con un título expedido por _____ y con cédula de profesión _____ 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 la realización de cualquier actividad física deportiva.	Si	No
II. Paciente apto para la realización de actividades físicas y/o deportivas con restricciones.	Si	No
III. Paciente apto para realizar actividades físicas y/o deportivas.	Si	No

Tlalnepantla de Baz a _____ de _____ de 20____

Nombre, firma y cédula profesional del Médico






DEPARTAMENTO DE
SALUD PREVENTIVA

DIF Central Santa Mónica: Av. Conv. de Santa Mónica s/n Esq. Convento de San Fernando, Fracc. Jardines de Santa Mónica, Tlalnepantla de Baz, Edo. de México. Tel: 55 5398 9152, 55 5361 1215, 55 5362 5841 Ext. 292 y 291



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
M.C. Liliana Zamora Benítez	M.C. 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	SUTÚRA, RETIRO DE IMPLANTE SUBDÉRMICO/RETIRO DE DIU TRASLOCADO Y/O LAVADO DE OÍDOS.
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/MP/DS/003

ÍNDICE

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





➤ OBJETIVO

Otorgar los servicios de sutura, retiro de implante subdérmico, retiro de DIU trasladado y/o lavado de oídos 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 sutura, retiro de implante subdérmico, retiro de DIU trasladado y/o lavado de oídos.

➤ FUNDAMENTO LEGAL

Federal:

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ◆ Ley general de salud.

Estatal:

- ◆ Ley que Crea a los Organismos Públicos Descentralizados de Asistencia Social, de carácter Municipal, denominado "Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia".

Municipal:

- ◆ 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 los que se encuentren en los subsistemas; asimismo planear, organizar y dirigir las actividades administrativas correspondientes al servicio de sutura, retiro de implante subdérmico, retiro de DIU trasladado y/o lavado de oídos del SMDIF de Tlalnepantla de Baz.

Coordinar al personal médico y de enfermería que proporciona el servicio de sutura, retiro de implante subdérmico, retiro de DIU trasladado y lavado de oídos en el SMDIF de Tlalnepantla de Baz; así como gestionar los insumos y equipos utilizados en las actividades del servicio de sutura, retiro de implante subdérmico/retiro de DIU trasladado y/o lavado de oídos.





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 sutura, retiro de implante subdérmico, retiro de DIU traslocado y/o lavado de oídos; 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 sutura, retiro de implante subdérmico, retiro de DIU traslocado y/o lavado de oídos 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 en 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.
- **Sutura:** Material utilizado para favorecer la curación de una herida, mediante la aproximación de los bordes o extremos de la piel.
- **Implante sub dérmico:** Es una varilla flexible que se coloca bajo la piel, la cual contiene hormonas similares a las que produce el cuerpo de la mujer, inhibiendo la ovulación y cambiando las características del moco cervical.
- **DIU:** Dispositivo intrauterino, es un pequeño dispositivo de plástico, en forma de T utilizado como anticonceptivo.
- **DIU Traslocado:** Hace referencia a diversas situaciones en las cuales el dispositivo intrauterino se encuentra fuera del lugar habitual dentro del útero.
- **Lavado de oídos:** Procedimiento que permite remover el exceso de cera, pero que también puede ser usado para retirar cualquier tipo de suciedad que se haya acumulado en el canal auditivo a lo largo del tiempo.



- **Sistema de Referencia y Contra referencia:** Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario(a) 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**

- **DIU:** Un dispositivo intrauterino.
- **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 los servicios de sutura, retiro de implante subdérmico, retiro de DIU traslocado y/o lavado de oídos; para la población de Tlalnepantla de Baz, que dichos servicios 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 de los servicios de sutura, retiro de implante subdérmico, retiro de DIU traslocado y/o lavado de oídos brindado por el SMDIF de Tlalnepantla de Baz.
- Se proporcionará el servicio de sutura, retiro de implante subdérmico, retiro de DIU traslocado y/o lavado de oídos 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 sutura, retiro de implante subdérmico, retiro de DIU traslocado y/o lavado de oídos tendrá un costo conforme al "Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en 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 Médico General y Especialista solicitará los siguientes datos: CURP, domicilio, estado civil, edad, sexo y fecha de nacimiento; con la finalidad de llevar un control de la población beneficiada por los servicios del SMDIF Tlalnepantla de Baz.
- 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 sutura, retiro de implante subdérmico, retiro de DIU traslocado y/o lavado de oídos
Encargado(a) de Recepción del Área Médica	2	Pregunta a la persona usuaria cuál es el servicio que requiere (sutura, retiro de implante o lavado de oídos) y lo envía al área médica correspondiente.
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**

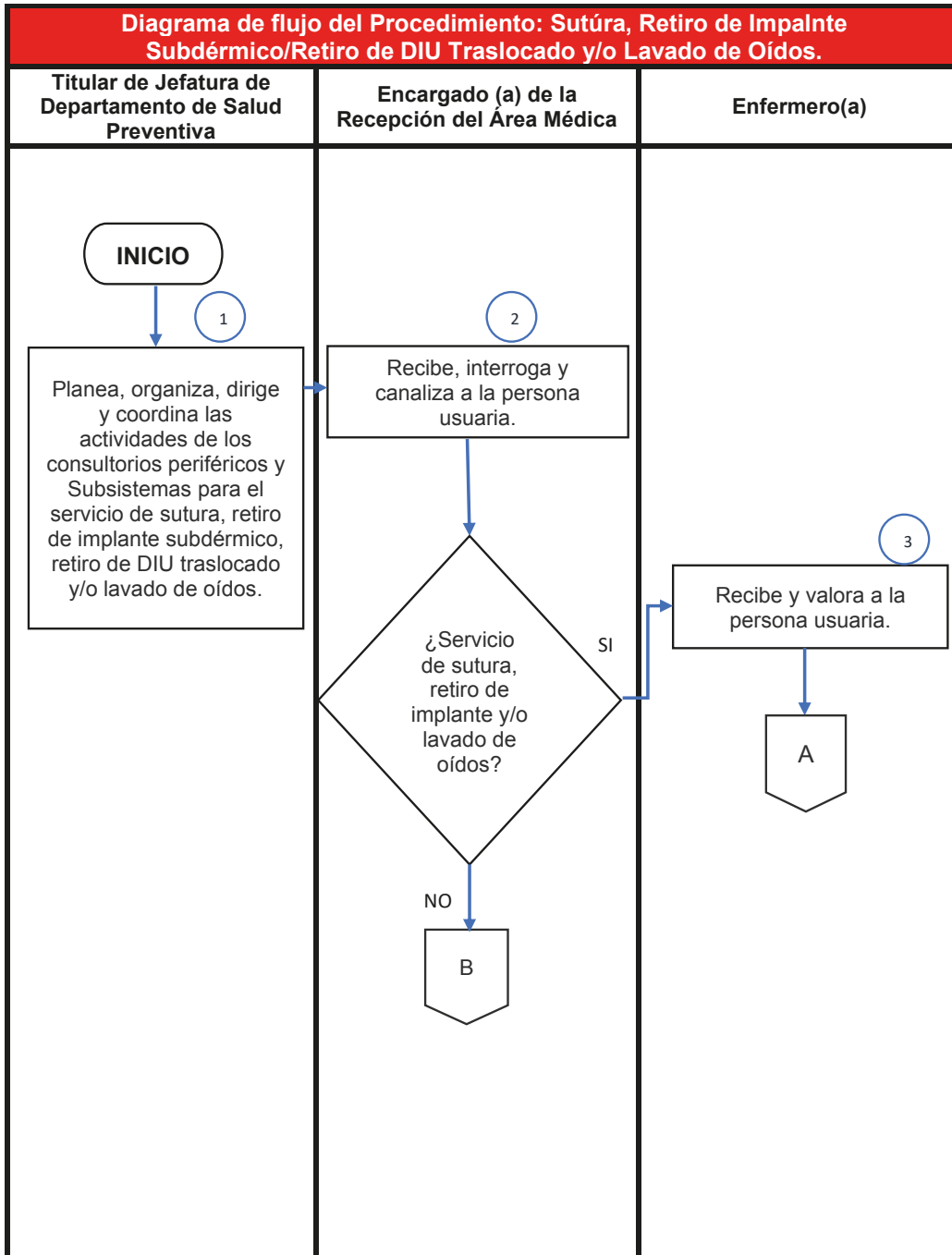
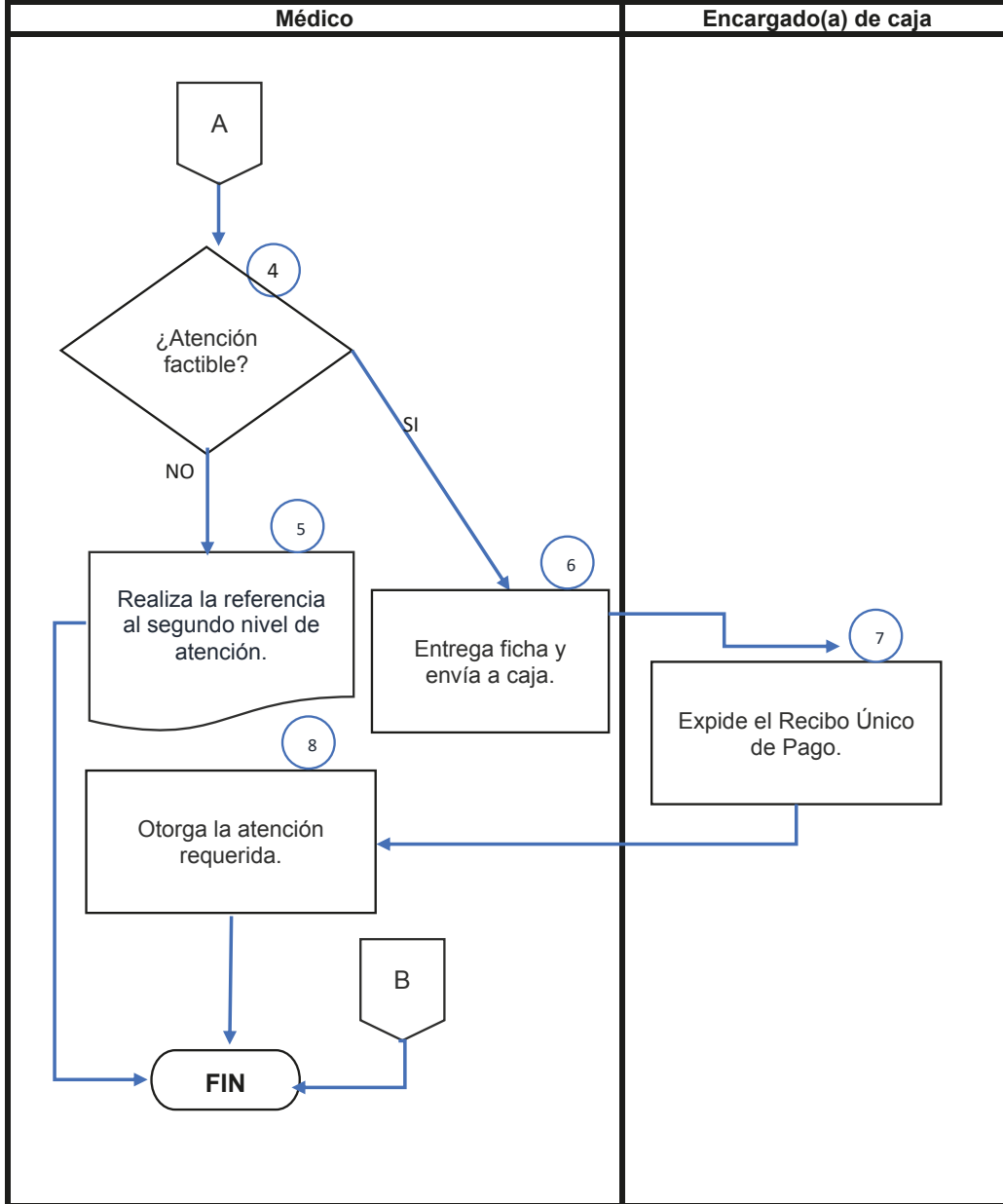




Diagrama de flujo del Procedimiento: Sutúra, Retiro de Implante Subdérmico/Retiro de DIU Traslocado y/o Lavado de Oídos.






➤ **FORMATOS**

- **Receta Médica**



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024


RECETA MÉDICA



Tlalnepantla
Nuestro Gobierno. Nuestro Honor

NOMBRE:		EDAD:	SEXO:	FOLIO: No. 20501		
PESO:	TALLA:	F.C.	F.R.	TEMPERATURA:	T/A:	ALERGIAS:

Impresión diagnóstica: _____ Fecha: ____/____/____



DEPARTAMENTO DE
SALUD PREVENTIVA

Nombre completo y firma del médico

Cédula profesional

DIF Central Santa Mónica: Av. Conv. de Santa Mónica s/n, Esq. Convento de San Fernando Fracc. Jardines de Santa Mónica, Tlalnepantla de Baz, Edo. de México Tel: 55-53-61-21-15 Ext. 300



M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024



Formato de Referencia y Contra Referencia



M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLALNEPANTLA 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, 53611215, 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 subsecuente	hora:
Diagnóstico:		
Indicaciones:		
Pronóstico:		

Nivel de atención: _____




Médico (a) _____ Ced. Prof: _____

Nombre y firma





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
M.C. Liliana Zamora Benítez	M.C. 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





3.5. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA

UNIDAD ADMINISTRATIVA	DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SERVICIOS ODONTOLÓGICOS
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

Prevenir y diagnosticar las principales enfermedades bucales, restaurar la salud bucal; así como crear una cultura de prevención de las mismas, a través de los servicios odontológicos a bajo costo que se brindan en el 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 los servicios odontológicos.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

Federal:

- ♦ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ♦ Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
- ♦ Ley General de Salud.
- ♦ Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
- ♦ Ley de Asistencia Social.
- ♦ 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.

Estatal:

- ♦ 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.

Municipal:

- ♦ Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz.
- ♦ Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, México.





➤ RESPONSABILIDADES

DIFEM, deberá:

Recibir y validar el Informe global mensual.

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 de los servicios dentales brindados 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 odontológicos 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.

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 a zonas prioritarias; fomentar la higiene bucal en la población; así como 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 conforme al "Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF" vigente.





Usuario(a)/Paciente, deberá:

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

➤ GLOSARIO

- **Caries dental:** 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 “Catalogo de Cuotas de los Servicios brindados en 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.
- **Mal oclusiones dentales:** Alineación incorrecta de los dientes, normalmente causada por una anomalía del tamaño de las piezas en las arcadas o su alineación.
- **Odontología:** Estudio de 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.
- **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.
- **Usuario(a)/Paciente:** A la persona que es examinada medicamente o al que se administra un tratamiento.





➤ 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 mal oclusión dental, mediante la ortodoncia o en su caso realizar la canalización al área pertinente para tratar su malestar.

➤ POLÍTICAS

- Este procedimiento corresponde de manera equitativa a los servicios odontológicos de: exodoncia, odontología, ortodoncia, tratamientos odontológicos y rayos X.
- 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 en el SMDIF”, vigente.
- El paciente deberá realizar la cuota de recuperación del servicio en la caja, en caso de no contar con caja, directamente con el odontólogo(a).
- 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. Los horarios de atención son de lunes a viernes de 08:00 a 14:00 horas, en todos los consultorios dentales del SMDIF de Tlalnepantla de Baz, únicamente el SMDIF Santa Mónica cuenta con horario vespertino 08:00 a 18:00 horas.





- Es importante acudir como límite una hora antes del horario de conclusión del servicio en cualquiera de los consultorios para ser atendido.
- 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.
- La radiografía es de uso interno para la integración del expediente como un auxiliar del tratamiento. Previa valoración odontológica, donde se determinará si es necesaria la toma de este auxiliar del diagnóstico y tratamiento. Las radiografías tomadas permanecen dentro del consultorio para la integración del expediente clínico del paciente, no se realizan radiografías para uso externo del consultorio DIF.
- Los consultorios donde se podrá realizar el servicio de toma de radiografía son: DIF Central, Subsistema “Tepeolulco”, Subsistema “El Tenayo” y Subsistema “Mónica Orta”.
- El servicio de ortodoncia, se brinda únicamente en los consultorios odontológicos del “DIF Central” y del Subsistema “Cristina Pacheco”, en un horario de 08:00 a 14:00 horas.



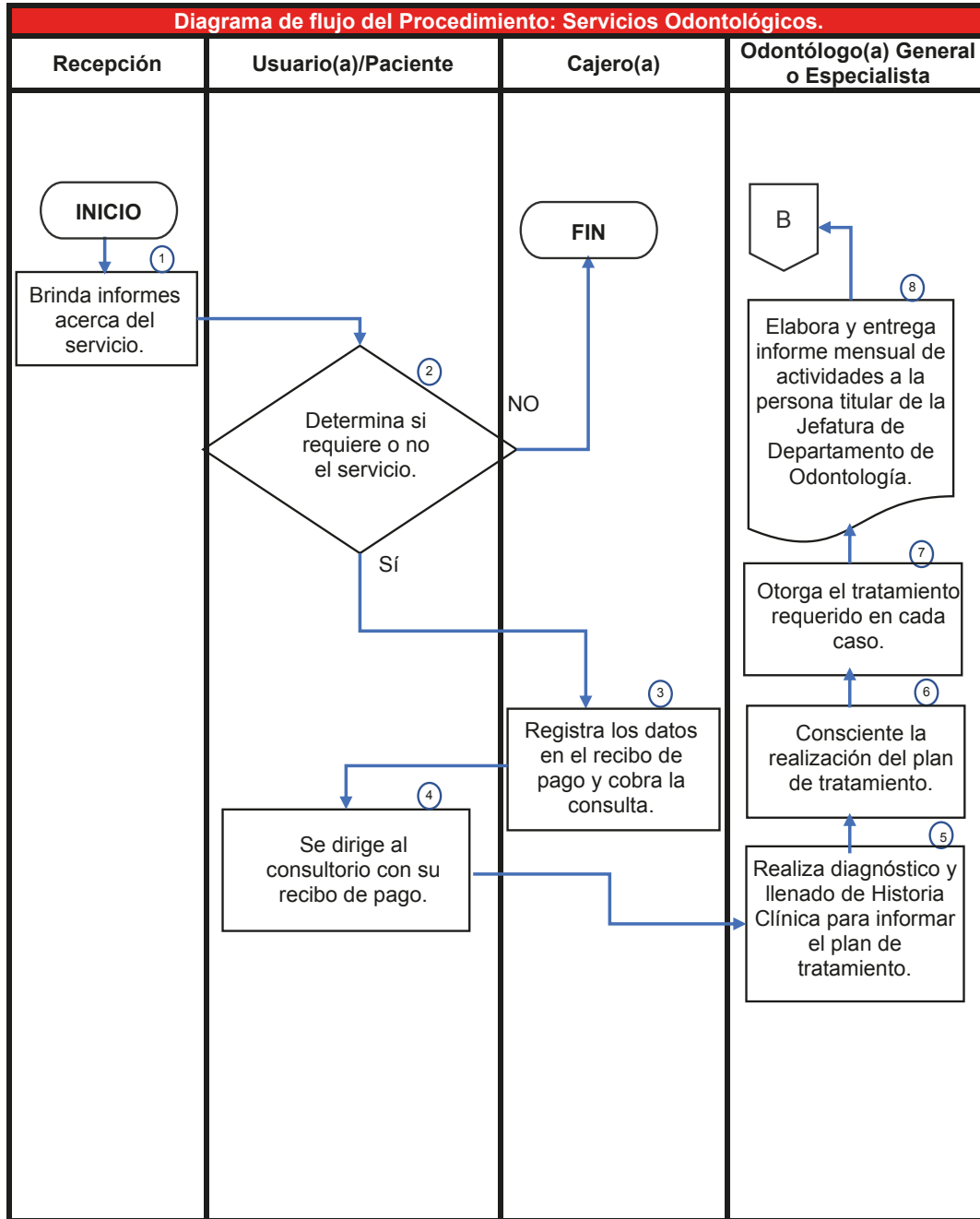


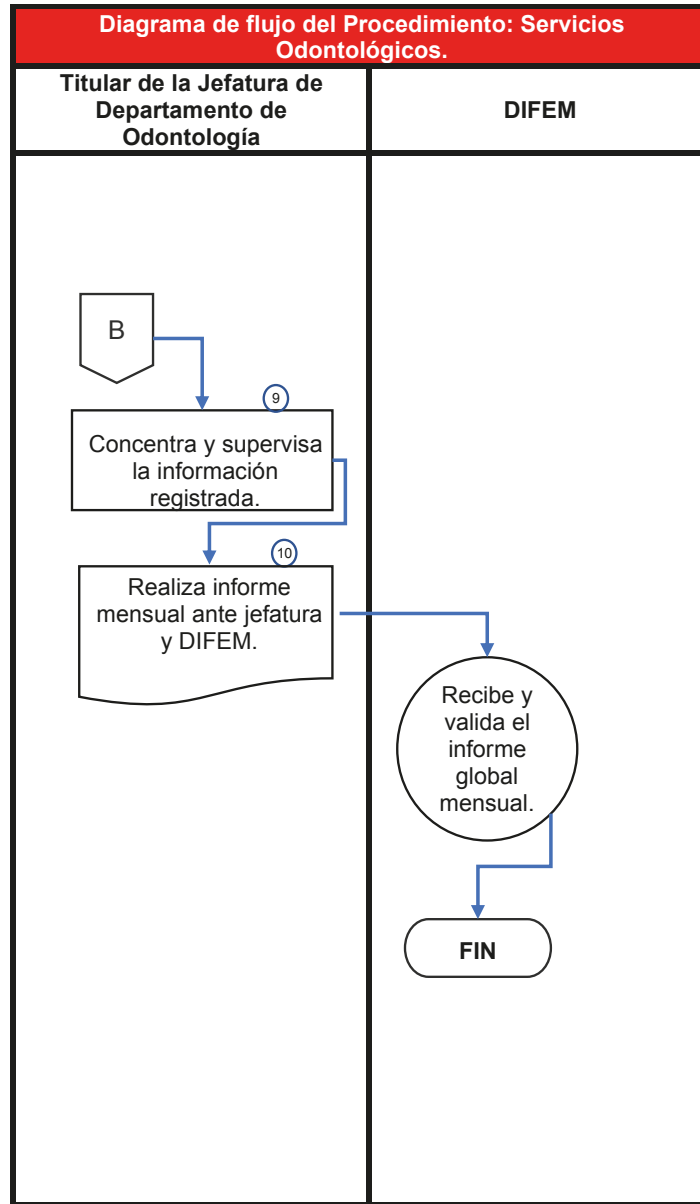
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Personal de Recepción	1	Brinda informes de los servicios odontológicos que brinda la Jefatura de Departamento de Odontología.
Usuario(a)/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.
Usuario(a)/Paciente	4	Acude al consultorio con su recibo de pago.
Odontólogo(a) General o Especialista	5	Realiza el diagnóstico y llenado de la 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	Consciente 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 | DIF EDOMEX

ÁREA DE ODONTOLÓGIA HISTORIA CLÍNICA

Nombre de la/el paciente _____ Tipo de sangre _____
 Sexo _____ Edad _____ Año escolar _____ Grupo _____ Domicilio _____
 Embarazada _____
 Unidad aplicativa _____ Adulto _____
 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? Si No Enfermedad de inmunización Si No
 Diabetes Si No Tuberculosis Si No Febre reumática Si No Amigalitis Si No
 Anemia Si No Hepatitis Si No Enf. Virales Si No Asma Si No
 3.- ¿Es usted alérgico a la penicilina? Si No Otro medicamento Si No ¿Cuáles? _____
 4.- ¿Lo han anestesiado anteriormente? Si No 5.- ¿Habiendo problemas cuando se le aplicaron? Si No
 ¿Presentó sangrado? Si No 6.- ¿Qué le sucedió? _____
 7.- ¿Usa medicamentos anticoagulantes? Si No Tranquilizantes Si No ¿Cuáles? _____
 8.- ¿Algún familiar es diabético? Si No Parentesco _____ 9.- ¿Hipertensión arterial? Si No

EXPLORACIÓN: FACIAL Y TEJIDOS BLANDOS

Cara N A Cuello N A Articulación TMN A Labios N A
 Cabellos N A Paladar duro N A Paladar blando N A Lengua N A
 Piso de boca N A Gáncillos salivales N A Amígdalas N A Otros anomalías N A

EXAMEN: PARODONTAL

PGB N A Sero infragíngival N A Bolsa paradontal N A
 Matina alta N A Gingivitis N A Absceso paradontal N A
 Sero supragíngival N A Movilidad dentaria N A Reabsorción ósea N A

18 17 16 15 14 13 12 11
 55 54 53 52 51
 85 84 83 82 81
 48 47 46 45 44 43 42 41

21 22 23 24 25 26 27 28
 61 62 63 64 65
 71 72 73 74 75
 31 32 33 34 35 36 37 38

PERMANENTES **TEMPORALES**

Cariados _____
 Perdidos _____
 Obturados _____

Cariados _____
 Perdidos _____
 Obturados _____



Consentimiento Informado de Odontología



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: (1) _____

No. exp.: (2) _____

Nombre: (3) _____

Ocupación: (4) _____ Edad: (5) _____ Hora: (6) _____

El C.O. (7) _____ odontólogo(a) de:

(8) _____, me ha informado de mis derechos y obligaciones, me ha informado de mis deberes y obligaciones, me ha informado de mis deberes y obligaciones, me ha informado de mis deberes y obligaciones,

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

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

Diagnóstico(s) clínico(s) (9) _____

Estudios de laboratorio, gabinete e histopatológicos (10) _____

Actos anestésicos (11) _____

Tratamientos odontológicos (12) _____ Tratamientos quirúrgicos (13) _____

Riesgos y complicaciones (14) _____

Autorizo al odontólogo (15) _____ para que realice los estudios y tratamientos convenientes.

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

AUTORIZA PADRE, MADRE O TUTOR

Nombre y firma (16)

TESTIGO

TESTIGO

Nombre y firma (17)

Nombre y firma (18)

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en la base de datos correspondiente, a cargo de: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, con la finalidad de atender la incorporación de los interesados en recibir los beneficios del Programa, así como garantizar el uso y aplicación de los recursos del mismo, lo anterior, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 18 de la Ley de Asistencia Social del Estado de México y en el artículo 3 del Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México. Dicha base de datos será registrada 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 normativas 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 el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma, es en Puerto de Talcoyahuac, Álvaro Obregón s/n Col. Isidro Fabela, C.P. 50170, en Toluca, Estado de México.

Se manifiesta lo antes expuesto, en cumplimiento a sus deberes como ser y decano electo 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, las dependencias y organismos auxiliares, los Abogados Públicos y la Procuraduría General de Justicia, con los efectos previstos de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

RE200C0101060402L/736/2021



▪ Receta de Odontología

 **RECETA ODONTOLÓGICA** 

Folio:00201

NOMBRE _____ FECHA _____

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





Nombre completo y firma del odontólogo _____ **Cédula profesional** _____

DIF Tlalnepantla de Baz Av Convento de Santa Mónica s/n. esq. Convento de San Fernando Fracc. Jardines de Santa Mónica. CP 54050. Tlalnepantla de Baz.
Teléfono: 5553612115 Ext. 295





Informe Mensual de Actividades de Odontología

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DE ODONTOLÓGIA

Fecha: (1) _____

Nombre de la (el) odontólogo(a): (2) _____

Domicilio del consultorio: (3) _____

Localidad: (4) _____ Municipio: (5) _____

Número de odontólogos(as): (6) _____

Descripción programática	Acciones (7)	Beneficiados (8)
Consulta primera vez		
Consulta subsiguiente		
Total de consultas		
Actividades preventivas		
Pláticas escolares		
Pláticas a maestros y/o maestras		
Pláticas a padres y madres de familia		
Total de pláticas grupales		
Detección de placa bacteriana		
Instrucción de uso de técnica de cepillado		
Instrucción de uso de hilo dental		
Revisión de tejidos bucales		
Revisión e instrucción de higiene de prótesis		
Instrucción de autoexamen de cavidad bucal		
Orientaciones individuales		
Enjuagatorios de fluor		
Carostáticos		
Aplicación tópica de fluor (gel o barniz)		
Selladores de fosas y fisuras		
Profilaxis		
Detartraje		
Odontología Restaurativa		
Resinas		
Ionómero de vidrio		
Tratamiento Restaurativo Atriumático (extra muros)		
Curación con material temporal		
Extracciones temporales		
Extracciones permanentes		
Terapia Pulpal (endodoncia, pulpotomía, pulpectomía)		
Orugía		
Farmacoterapias		
Radigrafías		
Otras atenciones		
Suma de tratamientos realizados		
Tratamiento Integral Terminado		
Canalizaciones		

Valle de Toluca (9) Área metropolitana Unidades móviles Áreas del DIFEM

Población beneficiada (10)

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

RE200C0101060402L/733/2022



▪ **Constancia de Enjuagatorios de Fluoruro**



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.
- Platicas de técnica de cepillado a (4) _____ niñas y niños.
- Platica de placa dentobacteriana (5) _____ niñas y niños.
- Platica de beneficios de fluoruro a (6) _____ niñas y niños.
- (7) _____ platicas 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 Diario de Actividades



INFORME DIARIO DE ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS

Nombre de la o el C.D. (2) _____
Lugar a(3) _____

Unidad aplicativa: (4) _____

Fecha: (1) _____


No. de emp. (5)	Nombre de la o el paciente (6)	Edades (7)				Tipo de atención (8) 1. vez Subsecuente	Categoría (9)	Tasa (10) No. de piezas Resina Cemento de vidrio Trat. Restaurativo Atraumatico (TRA) Curaacion temporal Extraccion de Extraccion de Permanente Terapia pulpar Cirugia Menor Farmacoterapia Radiografias Canalizaciones Otras Atenciones Tratamiento Integral Det. placa D.B Preflaxis Dentraje Selladores Aplic. Fluor Carcinostaticos	Atencion dental (11)	Prevencion (12)	Promocion (13)	Conc. Pac. (14) Pacte. Alta Pacte. Trans. Pacte. Canal		
		0 a 5 años	5 a 12 años	13 a 17 años	Adultos									
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

REC200C0101060402A/735/2022





▪ **Formato de Referencia**

 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 Prevención de Riesgos

DIF EDOMEX

FORMATO DE REFERENCIA

Fecha de referencia: (1) _____

Nombre de la/el paciente: (2) _____

Dirección y teléfono: (3) _____

Género: (4) M F Edad: (5) _____

Unidad a la que se refiere: (6) _____

Urgencia: (7) SI NO Servicio al que se refiere: (8) _____

RESUMEN CLÍNICO (9)

Diagnóstico de referencia: (10) _____

Motivo de referencia: (11) _____

Tratamiento: (12) _____

<p>PACIENTE (MADRE, PADRE O TUTOR)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Nombre y firma (13)</p>	<p>MÉDICO (A)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Nombre y firma (14)</p>
--	---

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en la base de datos correspondientes, a cargo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, con la finalidad de acreditar la incorporación de los interesados en recibir los beneficios del Programa, así como transparentar el uso y aplicación de los recursos del mismo, lo anterior, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 115 de la Ley de Asistencia Social del Estado de México y el artículo 3 del Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado. Dicha base fue registrada 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 normatividades aplicables, además de otras transmisiones 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 el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma, es en Puerto de Palos esq. Álvaro Obregón s/n Col. Jardín Fabella, C.P. 50170, en Toluca, Estado de México.

Se manifiesta lo antes expuesto, en cumplimiento a los numeral 6 como sexto y décimo séptimo 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, las dependencias y organismos auxiliares, los fiduciarios públicos y la Procuraduría General de la Justicia, como los sujetos obligados de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

RE200C0101060402L/725/2021



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
C.D. Judith Perla Jiménez Zavaleta	M.C. 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	DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ENJUAGATORIOS DE FLÚOR EN ESCUELAS PRIMARIAS
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/MP/DS/DO/002

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 alumnos 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

Federal:

- ♦ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ♦ Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
- ♦ Ley General de Salud.
- ♦ Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.
- ♦ Ley de Asistencia Social.
- ♦ NOM-004-SSA3- 2012, Del expediente clínico.
- ♦ NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar
- ♦ 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.

Estatal:

- ♦ 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.

Municipal:

- ♦ Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz.
- ♦ Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, México.





➤ 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 establece DIFEM; asimismo coordinar la prestación del servicio de enjuagatorios a escuelas primarias.

Cotejar el desarrollo del programa establecido 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 enjuagatorios a Escuelas de Educación Básica; y administrar los materiales e insumos odontológicos para el personal a su cargo.

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

Odontólogos(as) Generales, deberán:

Brindar servicios de prevención primaria de enfermedades bucales por medio de aplicación de flúor; 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

- **Auxiliares de Higiene Bucal:** Accesorios necesarios para una higiene oral completa.
- **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(a) 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:** 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(a).
- **Odontología:** Estudio de 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.
- **Servidores Públicos:** A las personas que desempeñan un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en la Administración Pública del SMDIF.
- **Técnica de Cepillado:** Consiste en cepillar los dientes superiores rotando el cepillo hacia abajo y los dientes inferiores rotando el cepillo hacia arriba, de manera que los costados de las cerdas cepillan tanto la encía como los dientes en un movimiento rotatorio.
- **Tratamiento:** Al procedimiento integral y especializado proporcionado por Médicos y Odontólogos del SMDIF, tendiente a la rehabilitación de la salud dental 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

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

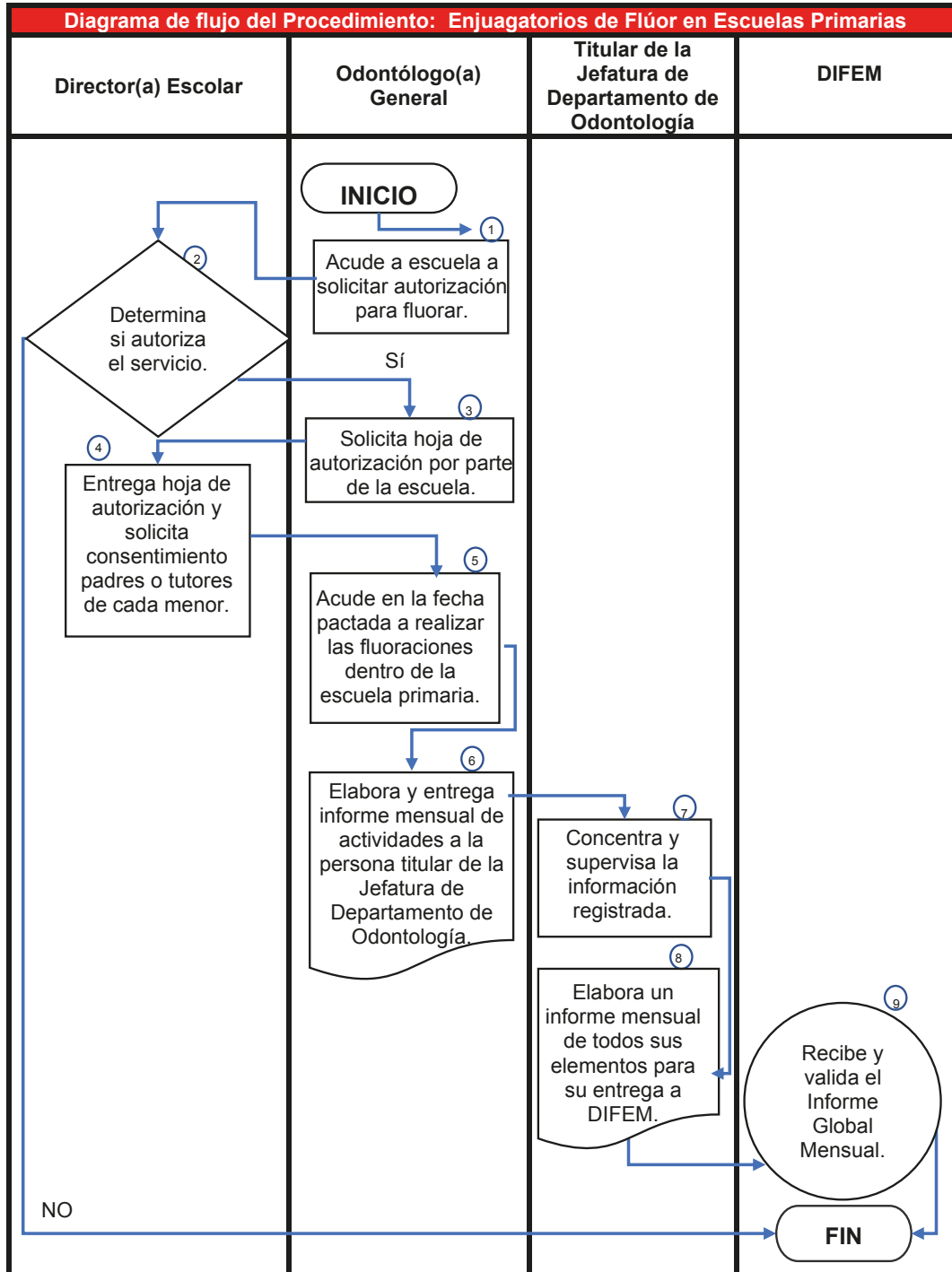
- El servicio de fluoración a escolares es totalmente gratuito.
- Al inicio de cada ciclo escolar cada uno de las y los Odontólogos(as) que forman parte de la Jefatura de Departamento de Odontología de este SMDIF, acuden a una escuela primaria pública ubicada dentro del territorio municipal, para pedir autorización a la persona titular de la Dirección y poder darle el servicio durante el ciclo escolar completo de enjuagatorios de flúor. Una vez autorizado se pide un documento con sello y firma del Director dirigido a la persona titular de la Jefatura del Departamento de Odontología.
- 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; se firmará y sellará el formato de fluoración mensual.

➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Odontólogo(a) General	1	Acude a la escuela primaria pública 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.

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

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

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

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

Escuela o municipio (9) _____

De acuerdo con las metas programadas y a 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: (1) _____

Nombre de la (s) odontóloga(o): (2) _____

Domicilio del consultorio: (3) _____

Localidad: (4) _____ Municipio: (5) _____

Número de odontólogos(as): (6) _____

Descripción programática	Acciones (7)	Beneficiados (8)
Consulta primera vez		
Consulta subsiguiente		
Total de consultas		
Actividades preventivas		
Pláticas escolares		
Pláticas a maestros y/o maestras		
Pláticas a padres y madres de familia		
Total de pláticas grupales		
Detección de placa bacteriana		
Instrucción de uso de técnica de cepillado		
Instrucción de uso de hilo dental		
Revisión de tejidos bucales		
Revisión e instrucción de higiene de prótesis		
Instrucción de autoexamen de cavidad bucal		
Orientaciones individuales		
Enjuagatorios de fluor		
Carostáticos		
Aplicación tópica de fluor (gel o barniz)		
Selladores de fosas y fisuras		
Profilaxis		
Detartraje		
Odontología Restaurativa		
Resinas		
Ionómero de vidrio		
Tratamiento Restaurativo Atraumático (sin muro)		
Curación con material temporal		
Extracciones temporales		
Extracciones permanentes		
Terapia Pulpal (pulpectomía, pulpotomía, pulpectomía)		
Cirugía		
Farmacología		
Radiografía		
Otras atenciones		
Suma de tratamientos realizados		
Tratamiento Integral Terminado		
Canalizaciones		

Valle de Toluca (9) Área metropolitana Unidades móviles Áreas del DIFEM




Población beneficiada (10)

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

RE200C0101060402L/733/2022



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
C.D. Judith Perla Jiménez Zavaleta	M.C. 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





3.6. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SERVICIOS DE ENFERMERÍA
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/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 vigilancia y valoración del crecimiento de los individuos, su estado de salud y ayudar a determinar el diagnóstico médico y de enfermería. Mediante la exploración física y las mediciones de importancia de somatometría (peso, talla y perímetros), signos vitales y dextrostis en la población del Municipio de Tlalnepantla de Baz.

➤ ALCANCE

A la Dirección de Salud, a través de la Jefatura de Departamento de Enfermería, así como a la población de Tlalnepantla que solicite los servicios de enfermería.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

Federal:

- ♦ 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.
- ♦ 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 PROY-NOM-015-SSA2-2018.
- ♦ Norma Oficial Mexicana, NOM-030-SSA2-1999.

Estatal:

- ♦ 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.

Municipal:

- ♦ Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz.
- ♦ Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, México.



➤ GLOSARIO

- **Dextroxtis:** Es un método enzimático específico para la determinación de niveles de glucosa en sangre.
- **Perímetros:** Circunferencia de una parte del cuerpo.
- **Peso:** Masa del cuerpo de un individuo.
- **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 medidas corporales de una persona.
- **Talla:** Altura que tiene un individuo en posición vertical desde el punto más alto de la cabeza hasta los talones en posición de “firmes”.
- **Tensión Arterial:** Es la medición de la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales.

➤ ACRÓNIMOS

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

➤ RESPONSABILIDADES

Dirección de Salud, deberá:

Supervisar el otorgamiento de los servicios de enfermería.

Titular de la Jefatura del Departamento de Enfermería, deberá:

Coordinar y supervisar de forma continua al personal adscrito a la Jefatura de Departamento de Enfermería; administrar los recursos humanos y materiales para la prestación del servicio; así como concentrar y elaborar los informes mensuales para DIFEM.

Enfermeras(os), deberán:

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

Personal de Recepción de la Clínica, deberá:

Brindar información acerca del servicio solicitado y referir a caja a la persona usuaria.





➤ INSUMOS

Servicios de enfermería

- Baumanómetro.
- Estetoscopio.
- Reloj.
- Báscula de pedestal.
- Báscula neonatal.
- Oxímetro.
- Glucómetro.
- Tiras reactivas.
- Lancetas.
- Alcohol.
- Torundas.
- Cubrebocas.
- Gel antibacterial.
- Bolígrafo.
- Bitácora de enfermería.
- Formatos.

➤ RESULTADOS

Brindar el servicio de Enfermería, con la finalidad de que los resultados de los rangos de los signos vitales, tensión arterial, dextroxtis y los parámetros de somatometría sean óptimos para una persona.

Asimismo, que los rangos y parámetros sean de ayuda para la pronta detección y control de enfermedades; y los diagnósticos médicos sirvan como complemento, con el fin de contribuir en beneficio de la salud de toda la población del municipio de Tlalnepantla de Baz.

➤ POLÍTICAS

- En el servicio de Enfermería se brindará:
 - ✓ Somatometría (peso, talla y perímetros);
 - ✓ Signos vitales;
 - ✓ Toma de tensión arterial; y
 - ✓ Dextroxtis.
- El servicio se brinda en los siguientes Centros y Subsistemas del SMDIF:
 - ✓ En el Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia Santa Mónica en un horario de 08:00 a 14:00 horas.
 - ✓ En el Subsistema “El Tenayo” en un horario de atención de 08:00 a 14:00 horas.
 - ✓ En el Subsistema “San Isidro” en un horario de atención de 08:00 a 14:00 horas.





- ✓ En el Subsistema “Cristina Pacheco” en un horario de atención de 08:00 a 14:00 horas.
- ✓ En el Subsistema “Tepeolulco” en un horario de atención de 08:00 a 14:00 horas.
- Para brindar el servicio, el personal de la Jefatura de Departamento de Enfermería, solicitará los siguientes datos de la persona usuaria:
 - ✓ Nombre;
 - ✓ Edad; y
 - ✓ Sexo.
- El costo de cada servicio brindado en este Procedimiento, se determinará de acuerdo al “Catalogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF”, vigente.
- Toda información y actividad de este Procedimiento se realizarán de conformidad con las Normas Oficiales Mexicanas aplicables.
- 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.
- El paciente deberá permanecer sentado cinco minutos antes de entrar a la toma de valores de peso, talla y signos vitales, tensión arterial o dextroxtis.
- El paciente deberá asistir en ayunas o cuatro horas posteriores a la ingesta del último alimento, para la realización de dextroxtis.
- Todo consumo de material se registrará en la libreta de control.



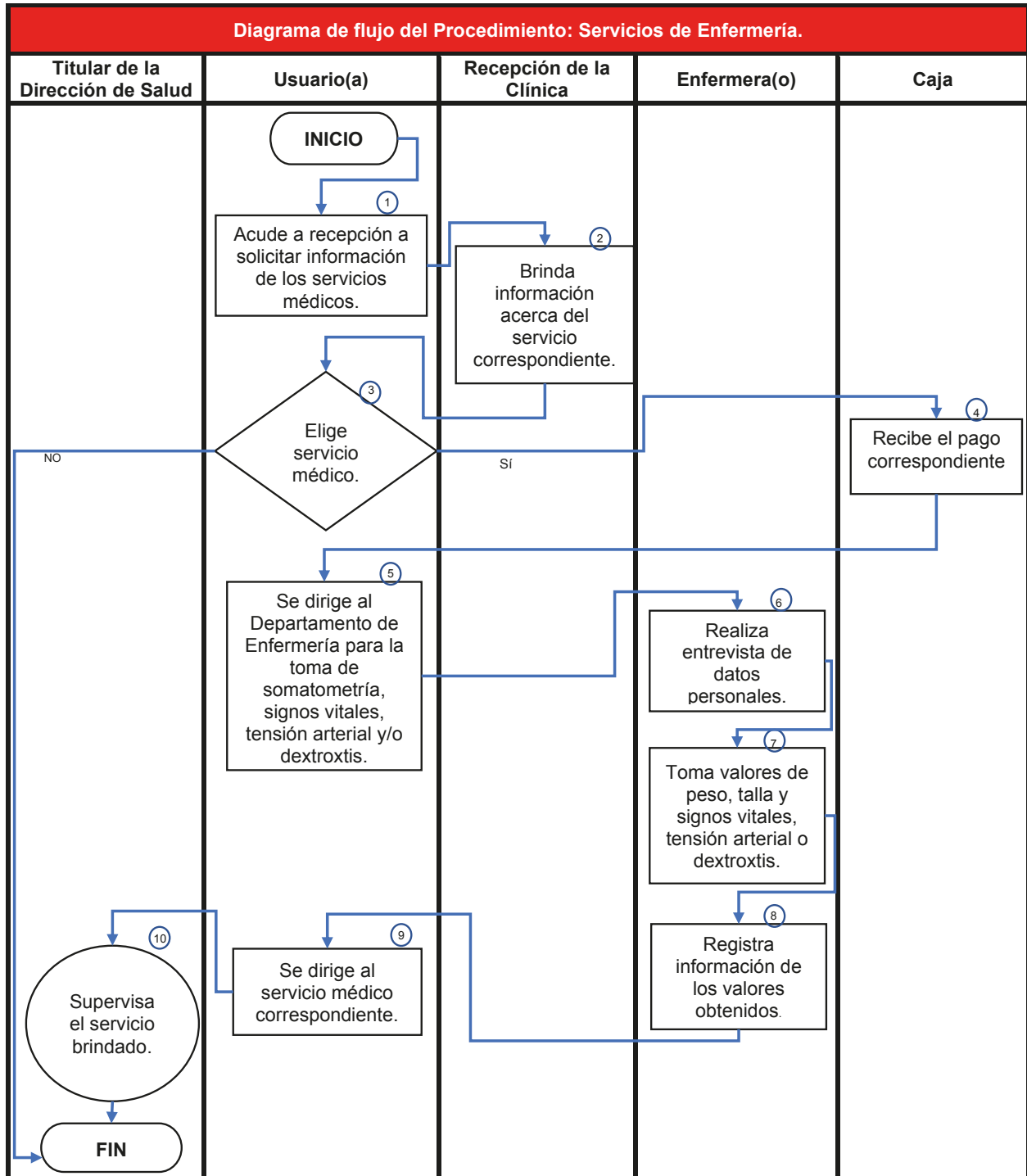


➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuaría(o)	1	Acude a la recepción de los centros del SMDIF, para solicitar información de los servicios médicos que se brindan en las instalaciones.
Personal de Recepción de la Clínica	2	Brinda información acerca del servicio solicitado y refiere a caja a la persona usuaria.
Usuaría(o)	3	Elige el servicio médico de acuerdo a sus necesidades.
Caja	4	Recibe el pago de la persona usuaria para el servicio correspondiente.
Usuaría(o)	5	Se dirige a la Jefatura de Departamento de Enfermería para la toma de somatometría, signos vitales, tensión arterial y/o dextroxtis.
Enfermera(o)	6	Realiza la entrevista de datos personales.
Enfermera(o)	7	Toma valores de peso, talla y signos vitales, tensión arterial o dextroxtis.
Enfermera(o)	8	Registra los valores obtenidos.
Usuaría(o)	9	Se dirige al servicio médico correspondiente para su atención.
Titular de la Dirección de Salud	10	Supervisa el otorgamiento de los servicios de Enfermería.
FIN		



➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**





➤ **FORMATOS**

- **Formato para Detecciones a Pacientes con Diabetes**



DIRECCION DE SALUD

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

DETECCIONES A PACIENTES CON DIABETES

Nº	NOMBRE COMPLETO	EDAD	SEXO		DOMICILIO	RESULTADOS mg/dl	¿USTED ES?	
			F	M			DIABETICO	HIPERTENSO
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								

SIN VALIDEZ OFICIAL

RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN

	NORMAL
AYUNO	MENOR DE 100 mg/dl
CASUAL	MENOR DE 140 mg/dl





M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024



Formato para Detecciones de Personas con Hipertensión



M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024



DIRECCION DE SALUD

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

DETECCIONES A PACIENTES CON HIPERTENSIÓN

N°	NOMBRE COMPLETO	EDAD	SEXO		DOMICILIO	RESULTADOS mmHg	¿USTED ES?	
			F	M			DIABETICO	HIPERTENSO
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								

SIN VALIDEZ OFICIAL

251

RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN

PRESION ARTERIAL NORMAL	HIPERTENSION ARTERIAL
OPTIMA < 120 / < 80 mmHg	ESTADIO 2: 160-179 / 100-109 mmHg
NORMAL: 120-129 / 80-84 mmHg	ESTADIO 1: 140-159 / 90-99 mmHg
FRONTERIZA: 130-139 / 85-89 mmHg	ESTADIO 3: ≥180 / ≥110 mmHg



- Formato Control de Tensión Arterial






Departamento de Enfermería		
CONTROL DE TENSION ARTERIAL		
Nombre del paciente		Edad
fecha	hora	T/A mmhg

SIN VALIDEZ
OFICIAL





> VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
L.E. Ma. Guadalupe Torres González	M.C. 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	CURACIONES, RETIRO DE PUNTOS O INYECCIÓN INTRAMUSCULAR
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/MP/DS/DE/002

ÍNDICE

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





➤ OBJETIVO

Contribuir en la restitución de la continuidad de la piel, confort, restitución de la salud y funcionalidad de tejidos, a través del servicio de curación de heridas, retiro de puntos o inyección intramuscular, para los padecimientos que pueden afectar a la población del municipio de Tlalnepantla de Baz.

Con el objeto de brindar a la población en general, del municipio de Tlalnepantla de Baz, la valoración de la herida, tratamiento y curación, así como del retiro de puntos o inyección intramuscular, a través del servicio que brinda la Jefatura de Departamento de Enfermería con la supervisión de la Dirección de Salud, encaminado al bienestar del solicitante.

➤ ALCANCE

A la Dirección de Salud a través de la Jefatura de Departamento de Enfermería, así como a la población de Tlalnepantla que solicite el servicio de curaciones, retiro de puntos e inyección intramuscular.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO.

Federal:

- ♦ 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.
- ♦ 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.

Estatal:

- ♦ 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 de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médico.
- ♦ Libro Segundo del Código Administrativo del Estado de México.





Municipal:

- ♦ Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz.
- ♦ Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, México.

➤ **RESPONSABILIDADES**

Dirección de Salud, deberá:

Supervisar el otorgamiento de los servicios de curaciones, retiro de puntos o inyección intramuscular.

Titular de la Jefatura del Departamento de Enfermería, deberá:

Coordinar y supervisar de forma continua al personal; administrar los recursos humanos y materiales para la prestación del servicio; así como concentrar y elaborar los informes mensuales para el SMDIF.

Enfermeras(os), deberán:

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

Personal de Recepción, deberá:

Brindar información acerca del servicio solicitado e informar al usuario(a) sobre los costos del mismo, de acuerdo al "Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF"

Cajera (o), deberá:

Recibir la cuota de recuperación correspondiente del servicio y otorgar recibo de pago a la persona usuaria.

Usuario(a), deberá:

Acudir a la recepción del SMDIF, para solicitar información del servicio de curaciones, retiro de puntos o inyección intramuscular.

➤ **GLOSARIO**

- **Cicatrización:** Proceso dinámico mediado por proteínas solubles (citocinas factores de crecimiento) y células encargadas de la proliferación celular para el restablecimiento del tejido lesionado.
- **Curación:** Restablecimiento o recuperación de la salud y eliminación de una enfermedad, herida, o daño físico.





- **Infección:** Invasión y multiplicación de agentes patógenos en los de los tejidos de un organismo.
- **Inyección Intramuscular:** Es la aplicación de medicamentos, a través de la piel para llegar a tejidos más profundos, con una aguja.
- **Herida:** Pérdida de la continuidad de la piel u otros tejidos del cuerpo causado por una lesión o incisión quirúrgica.
- **Retiro de puntos:** Es el retiro de los hilos de sutura colocados de forma estratégica para afrontar los bordes de una herida y lograr su cicatrización.

➤ **ACRÓNIMOS**

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

➤ **INSUMOS**

- Equipo de curación.
- Bandeja para colocar el material (Charola de mayo).
- Riñón estéril.
- Lebrillo.
- Guantes.
- Cubrebocas.
- Bolígrafo.
- Papel kraft.
- Campos.
- Mesa de exploración.
- Bata para paciente.
- Bata desechable.
- Lámpara de chicote.
- Sábana desechable.
- Micropore.
- Gasas chicas.
- Gasas medianas.
- Gasas grandes.
- Apósitos.
- Solución fisiológica.
- Jabón quirúrgico.
- Benzal.
- Pinzas (Las necesarias de acuerdo con la herida así sea curación mayor o menor).
- Jeringa.
- Alcohol.
- Torundas.





- Aguja de 22Gx32mm.
- Tijera de iris.
- Sanitas.
- Bolsa RPBI.
- Bitácoras de control.

➤ RESULTADOS

La curación, de este modo, es el proceso de restablecimiento de la salud. Para conseguir esta restauración del equilibrio orgánico, el paciente debe someterse a un tratamiento que puede desarrollarse de distintas formas de acuerdo con el padecimiento o la dolencia en cuestión, por tal motivo el resultado final es la restitución de la continuidad de la piel, confort, restitución de la salud y funcionalidad de tejidos, a través de la curación de heridas, el retiro de puntos o la ministración por inyección intramuscular.

➤ POLÍTICAS

- El servicio se brinda en los siguientes Centros y Subsistemas pertenecientes al SMDIF:
 - ✓ Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia Santa Mónica en un horario de 8:00 a 14:00 horas.
 - ✓ Subsistema “El Tenayo” en un horario de 08:00 a 14:00 horas.
 - ✓ Subsistema “San Isidro” en un horario de 08:00 a 14:00 horas.
 - ✓ Subsistema “Cristina Pacheco” en un horario de 08:00 a 14:00 horas.
 - ✓ Subsistema “Tepeolulco” en un horario de 08:00 a 14:00 horas.
- Para brindar el servicio, el personal de la Jefatura de Departamento de Enfermería, solicitará los siguientes datos a la persona usuaria:
 - ✓ Nombre;
 - ✓ Edad; y
 - ✓ Sexo.
- El costo del servicio de curaciones, retiro de puntos o inyección intramuscular, se determinará de acuerdo al “Catalogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF”, vigente.
- Todos los datos personales de los pacientes se resguardan en expedientes y se les brinda la protección de acuerdo con la normatividad aplicable.
- Los pacientes deberán contar con su talón de pago y entregarlo a personal de la Jefatura de Departamento de Enfermería.
- En caso de inyección presentar receta médica y medicamento.
- En caso de retiro de puntos la persona usuaria deberá presentarse de siete a quince días posteriores a la colocación de los hilos de sutura.
- Todo consumo de material se registrará en la libreta de control de la Jefatura de Departamento de Enfermería.



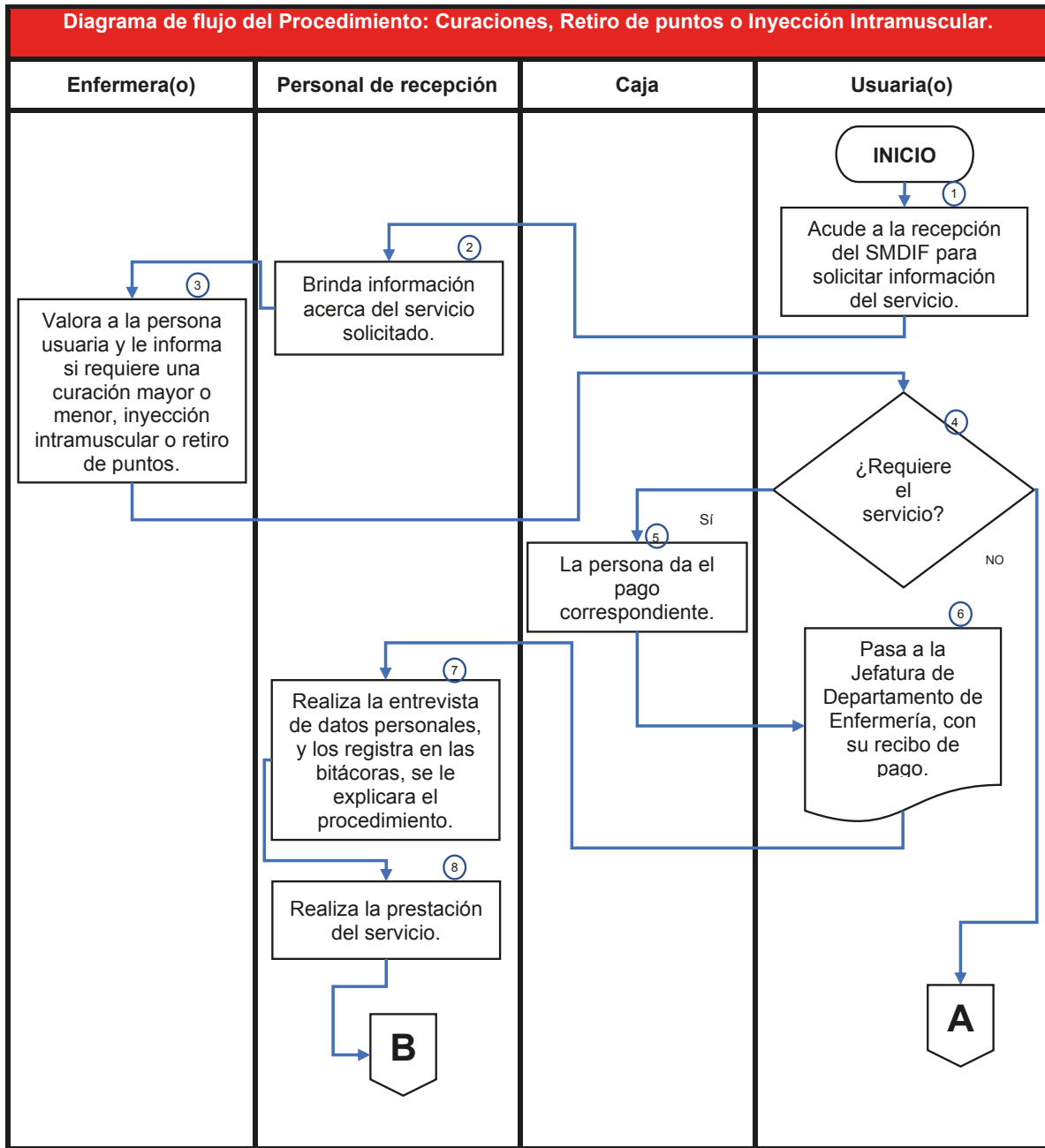


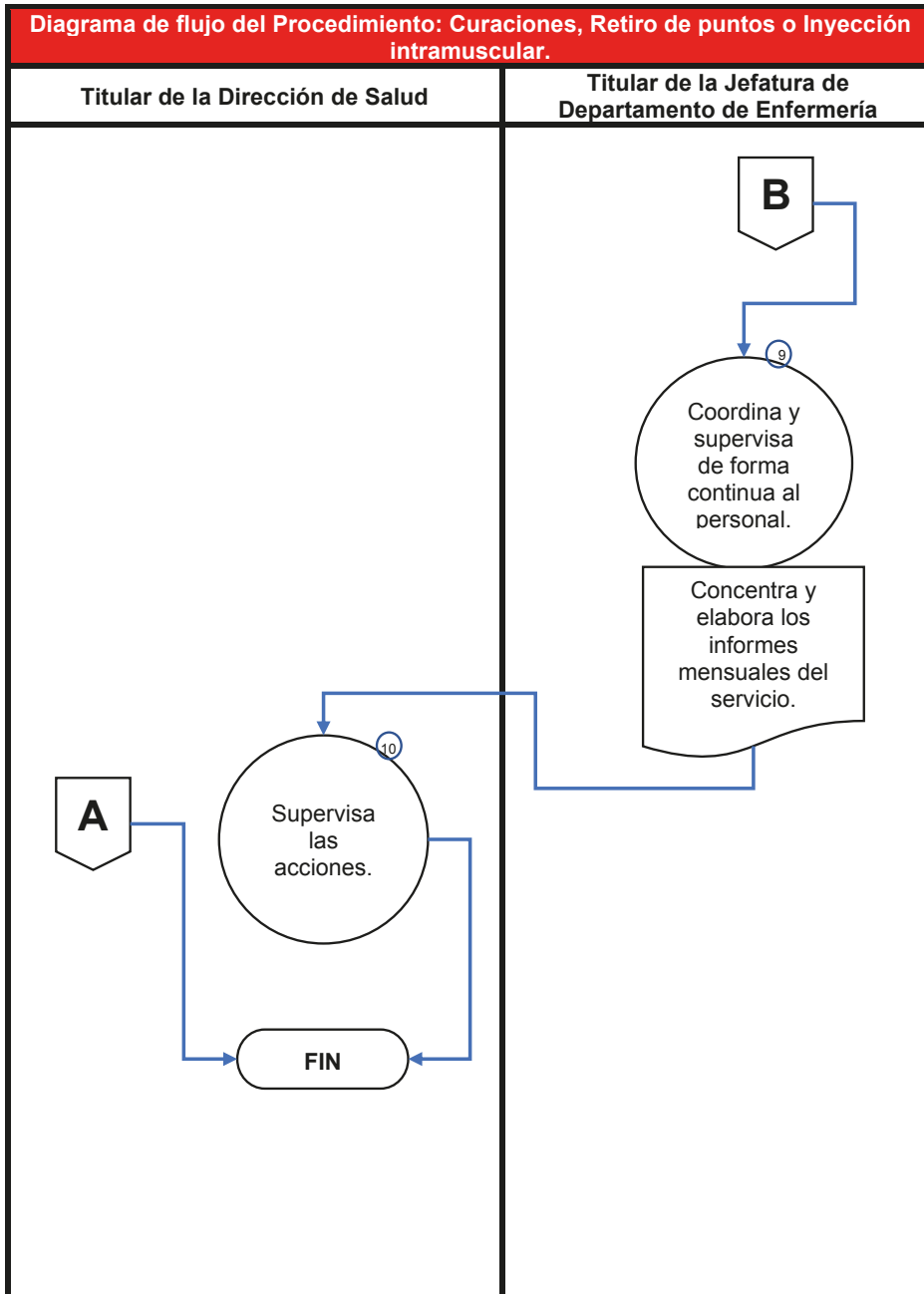
➤ DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	CURACIONES	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuaría(o)	1	Acude a la recepción del SMDIF, para solicitar información del servicio de curaciones, retiro de puntos o inyección intramuscular.
Personal de recepción	2	Brinda información acerca del servicio solicitado.
Enfermera(o)	3	Valora a la persona usuaria y le informa si requiere una curación mayor o menor, inyección intramuscular o retiro de puntos.
Usuario(a)	4	Determina si requiere el servicio.
Caja	5	Recibe el pago correspondiente.
Usuario(a)	6	Pasa a la Jefatura de Departamento de Enfermería, con su recibo de pago.
Enfermera(o)	7	Realiza la entrevista de datos personales, y los registra en las bitácoras, se le explicará el procedimiento.
Enfermera(o)	8	Realiza el procedimiento y/o prestación del servicio.
Titular de la Jefatura de Enfermería	9	Coordina y supervisa de forma continua al personal y concentra y elabora los informes mensuales del servicio.
Titular de la Dirección de Salud	10	Supervisa el servicio de curaciones, retiro de puntos o inyección intramuscular de la Jefatura de Departamento de Enfermería.
FIN		






➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**







➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
L.E. Ma. Guadalupe Torres González	M.C. 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	DETECCIÓN DE CÁNCER CERVICO-UTERINO
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/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 del índice de cáncer cérvico-uterino, a través de la detección oportuna de cáncer (Papanicolau) en la población femenina del municipio de Tlalnepantla de Baz.

➤ ALCANCE

A la Dirección de Salud, a través de la Jefatura de Departamento de Enfermería, así como a la población femenina de Tlalnepantla de Baz, que solicite el servicio de detección de cáncer cérvico-uterino.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

Federal:

- ♦ 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.
- ♦ 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

Estatal:

- ♦ 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.

Municipales:

- ♦ Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz.
- ♦ Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, México.





➤ RESPONSABILIDADES

DIFEM, deberá:

Realizar la lectura de las muestras que se remiten, a través de la Jefatura de Departamento de Enfermería.

Dirección de Salud, deberá:

Supervisar el otorgamiento del servicio de detección de cáncer-cervicouterino.

Titular de la Jefatura de Departamento de Enfermería, deberá:

Coordinar y supervisar de forma continua al personal; administrar los recursos humanos y materiales para la prestación del servicio de detección de cáncer-cervicouterino; así como concentrar y elaborar los informes mensuales.

Enfermeras(os), deberán:

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

Personal de Recepción, deberá:

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

Usuaría, deberá:

Acudir a la recepción de centro o subsistema para solicitar información del servicio de detección de cáncer cérvico-uterino y decidir aceptar la gratuidad del procedimiento o servicio ofrecido.

➤ INSUMOS

- Guantes.
- Citobrush.
- Espátula 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.
- Sanitas.
- Alcohol.
- Agua.
- Jabón quirúrgico.
- Vehículo para transporte.
- Gasas.

➤ **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
- **Papanicolau:** Estudio de las células endo cervicales para la detección de cáncer cervicouterino.

➤ **ACRÓNIMOS**

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

➤ **RESULTADOS**

Tomar la muestra de citología cervical para la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer cervicouterino.

➤ **POLÍTICAS**

- El servicio se brindará en los siguientes Centros y Subsistemas pertenecientes al SMDIF:
 - ✓ Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia “Santa Mónica” en un horario atención de 08:00 a 14:00 horas.
 - ✓ Subsistema “el Tenayo” en un horario de atención de 08:00 a 14:00 horas.
 - ✓ Subsistema “San Isidro” en un horario de atención de 8:00 a 14:00 horas.
 - ✓ Subsistema “Cristina Pacheco” en un horario de atención de 08:00 a 14:00 horas.
 - ✓ Subsistema “Tepeolulco” en un horario de atención de 08:00 a 14:00 horas.





- Para brindar el servicio, el personal de la Jefatura de Departamento de Enfermería, solicitará a la persona usuaria, los siguientes datos personales:
 - ✓ Lugar de nacimiento;
 - ✓ Fecha de nacimiento;
 - ✓ Edad;
 - ✓ Nombre;
 - ✓ Domicilio;
 - ✓ Teléfono;
 - ✓ Situación gineco obstétrica; y
 - ✓ CURP.
- El servicio citología cervicovaginal se brinda de manera gratuita, por parte de la Jefatura de Departamento de Enfermería, y dependerá del apoyo al programa, brindado por el laboratorio de DIFEM y la Subdirección de Prevención de Riesgos del Estado de México.
- Todos los datos personales de las personas usuarias se resguardan en expedientes y se les brinda la protección de acuerdo a la normatividad aplicable.
- El estudio se realizará a toda mujer que lo solicite, por libre albedrío o con una 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 de acuerdo al examen a realizar.
- La persona usuaria tendrá que presentarse diez días posteriores a su último día de menstruación, aseada, de preferencia con falda, sin estar en tratamiento vaginal o antibiótico, no haber tenido relaciones sexuales 3 días anteriores a la toma de la muestra y/o estudios.
- Los resultados de citología cervical son emitidos por parte de DIFEM, en un lapso aproximado de uno a dos meses.
- Toda la información y actividades del procedimiento están basadas en la Norma Oficial Mexicana para la prevención de cáncer cervicouterino.



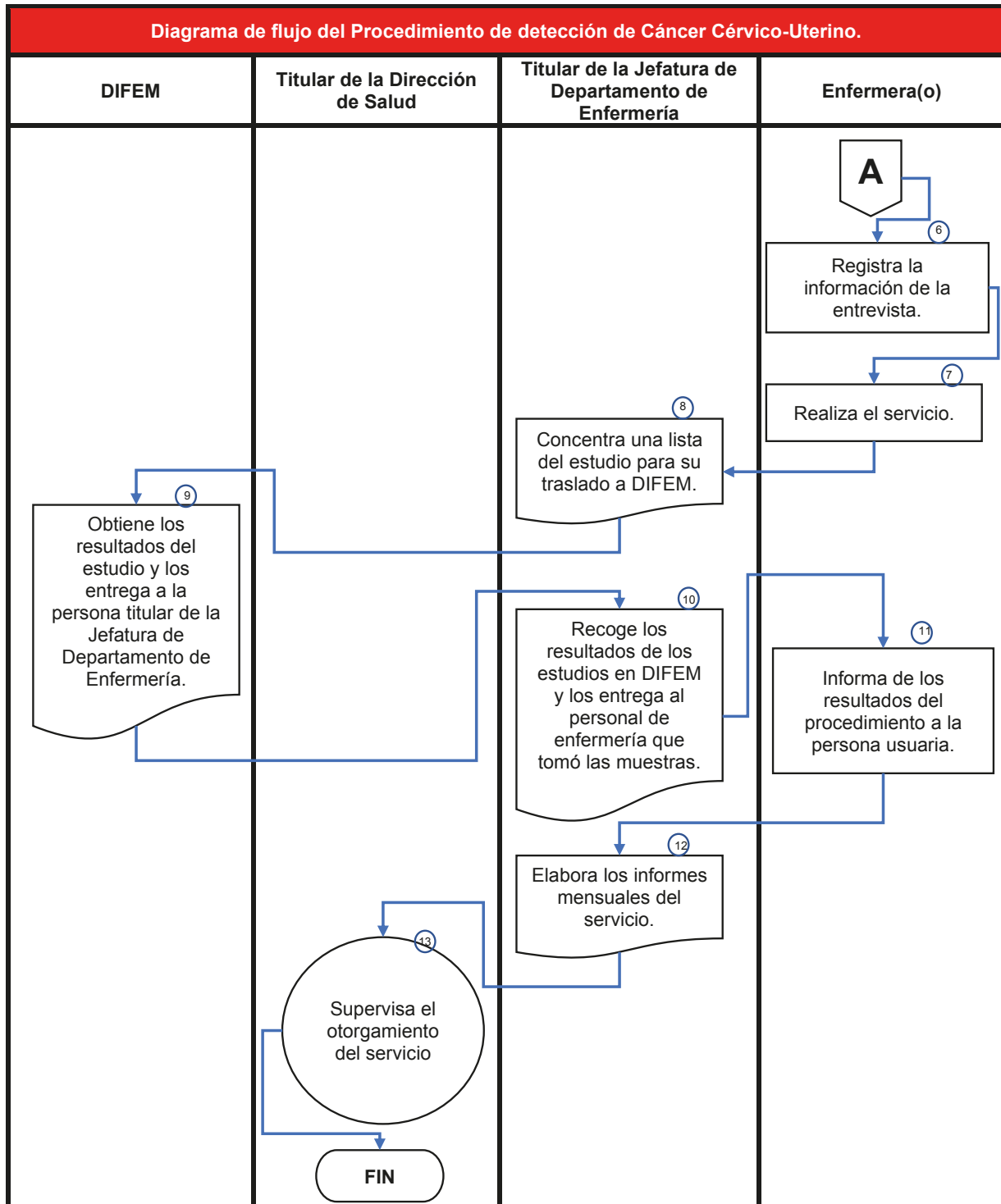


➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	Actividad	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuaría	1	Acude a la recepción del centro o subsistema para solicitar información del servicio de detección de cáncer cérvico-uterino.
Personal de Recepción	2	Brinda información acerca del servicio solicitado.
Personal de Recepción	3	Determina si requiere o no el procedimiento el servicio de acuerdo con su disponibilidad de recursos o aceptación de gratuidad.
Usuaría	4	Decide aceptar la gratuidad del procedimiento o servicio ofrecido.
Enfermera(o)	5	Realiza la entrevista de datos personales, y verifica que la persona usuaria se encuentre en condiciones adecuadas para realizar el procedimiento.
Enfermera(o)	6	Registra la información de la entrevista.
Enfermera(o)	7	Realiza el procedimiento y/o prestación del servicio.
Titular de la Jefatura de Departamento de Enfermería	8	Concentra una lista del estudio para su traslado a DIFEM.
DIFEM	9	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	10	Recoge los resultados de los estudios en DIFEM y los entrega al personal de enfermería que tomó las muestras.
Enfermera(o)	11	Informa de los resultados del procedimiento a la persona usuaria.
Titular de la Jefatura de Departamento de Enfermería	12	Elabora los informes mensuales del servicio.
Titular de la Dirección de Salud	13	Supervisa el otorgamiento del servicio de detección de cáncer-cervicouterino.
FIN		






Diagrama de flujo del Procedimiento de detección de Cáncer Cérvico-Uterino.



271



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
L.E. Ma. Guadalupe Torres González	M.C. 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	EXPLORACIÓN MAMARIA
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/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 disminución del índice de cáncer de mama, a través de la detección oportuna con la exploración mamaria, en la población femenina del municipio de Tlalnepantla de Baz.

➤ ALCANCE

A la Dirección de Salud, a través de la Jefatura de Departamento de Enfermería, así como a la población femenina de Tlalnepantla de Baz, que solicite el servicio de exploración mamaria.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

Federal:

- ◆ 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.
- ◆ 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.

Estatal:

- ◆ 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.

Municipal:

- ◆ Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz.
- ◆ Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, México.





➤ 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.
- **Segundo nivel de atención:** El segundo nivel está diseñado para atender los mismos problemas de salud que en el nivel anterior, con la diferencia que utiliza métodos y tecnologías de diagnóstico y tratamiento con mayor complejidad, y este cuenta con servicio de laboratorio, radiología; así como con especialistas de gineco-obstetricia, pediatría, cirugía, medicina interna, psicología, odontología

➤ ACRÓNIMOS

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

➤ RESPONSABILIDADES

Dirección de Salud, deberá:

Supervisar el otorgamiento del servicio de exploración mamaria.

Titular de la Jefatura de Departamento de Enfermería, deberá:

Coordinar y supervisar de forma continua al personal adscrito a la Jefatura de Enfermería; administrar los recursos humanos y materiales para la prestación del servicio; así como concentrar y elaborar los informes mensuales.

Enfermeras(os), deberán:

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





➤ INSUMOS

- Guantes de exploración.
- Formato impreso.
- Pluma.
- Batas desechables (paciente y personal de salud).

➤ RESULTADOS

Realizar la exploración mamaria que permita diagnosticar el cáncer de mama precozmente en la población femenina del municipio de Tlalnepantla de Baz, en beneficio de las personas más vulnerables del municipio.

➤ POLÍTICAS

- El servicio se brindará los siguientes Centros y Subsistemas del SMDIF:
 - ✓ Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia “Santa Mónica” en un horario de atención de 08:00 a 14:00 horas.
 - ✓ Subsistema “El Tenayo” en un horario de atención de 08:00 a 14:00 horas.
 - ✓ Subsistema “San Isidro” en un horario de atención de 08:00 a 14:00 horas.
 - ✓ Subsistema “Cristina Pacheco” en un horario de atención de 08:00 a 14:00 horas.
 - ✓ Subsistema DIF Tepeolulco de 8:00 a 14:00 horas.
- Los requisitos para la persona usuaria son los siguientes:
 - ✓ Presentarse aseada.
 - ✓ 7 a 10 días posteriores a su último día de periodo menstrual.
- Para brindar el servicio, el personal de la Jefatura de Departamento de Enfermería, solicitará los siguientes datos de la persona usuaria:
 - ✓ Lugar de nacimiento;
 - ✓ Fecha de nacimiento;
 - ✓ Edad;
 - ✓ Nombre;
 - ✓ Domicilio;
 - ✓ Teléfono;
 - ✓ Situación gineco obstétrica; y
 - ✓ CURP.
- El servicio prestado es gratuito.
- 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.
- 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 realizará 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.
- En caso de encontrar anomalías al momento de la exploración, se realiza una referencia al servicio de atención médica de segundo nivel que presten el servicio de gineco-obstetricia del Estado de México.

➤ **DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES**

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario(a)	1	Acude a la recepción del SMDIF, para solicitar información del servicio de exploración mamaria.
Personal de Recepción	2	Brinda información acerca del servicio solicitado y refiere a la persona usuaria a la Jefatura de Departamento de Enfermería.
Usuaría(o)	3	Decide aceptar el procedimiento.
Enfermera(o)	4	Realiza la entrevista de datos personales.
Enfermera(o)	5	Registra la información de la entrevista.
Enfermera(o)	6	Realiza el procedimiento de exploración mamaria y anota los resultados obtenidos.
Enfermera(o)	7	Comunica de inmediato a la persona usuaria los hallazgos de la exploración mamaria.
Usuaría(o)	8	Recibe resultados.
Enfermera(o)	9	En caso de anomalía, se da referencia al segundo nivel de atención.
Titular de la Jefatura de Departamento de Enfermería	10	Supervisa, concentra y elabora los informes mensuales del servicio otorgado.
Titular de la Dirección de Salud	11	Supervisa el otorgamiento del servicio de exploración mamaria.
FIN		

➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**

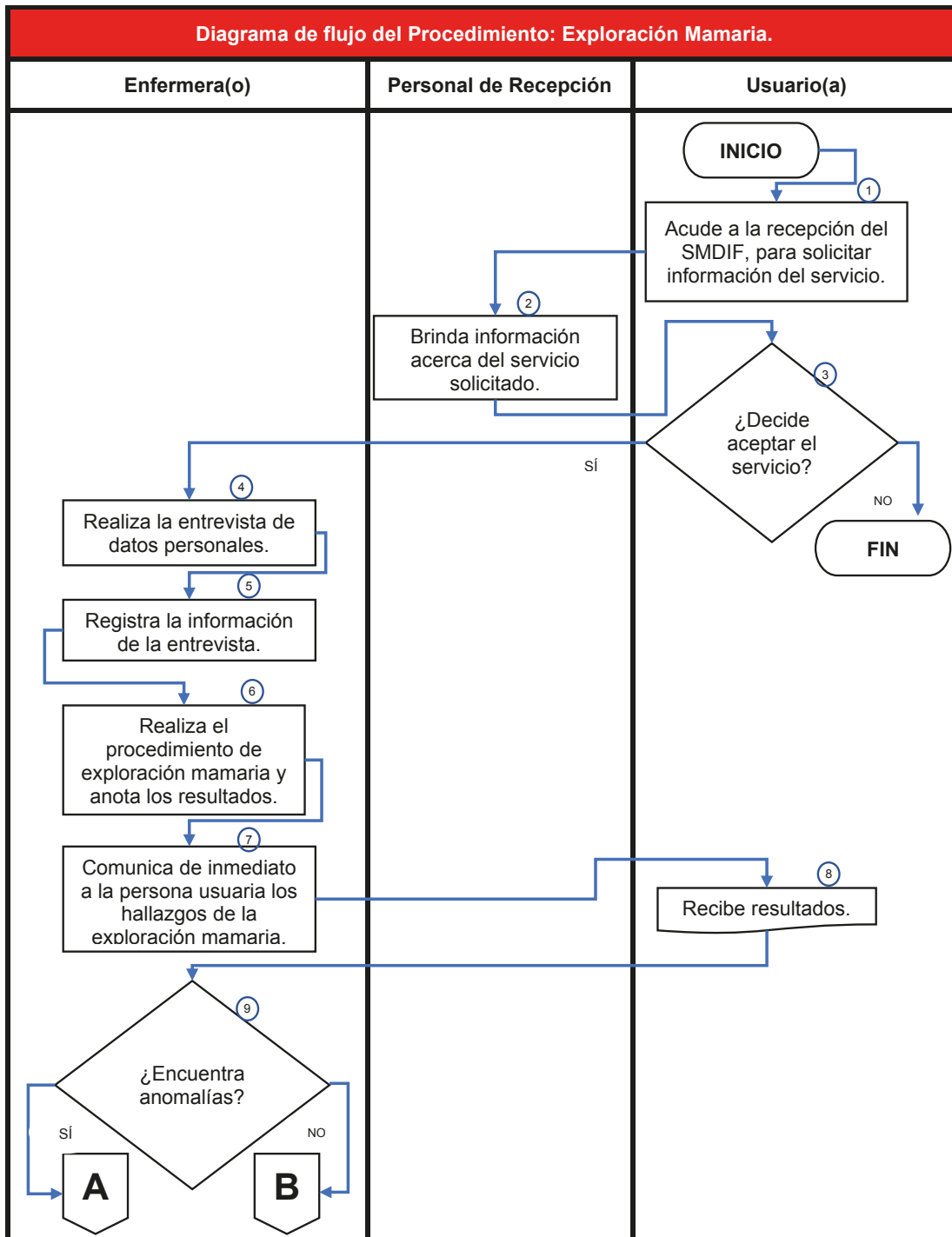
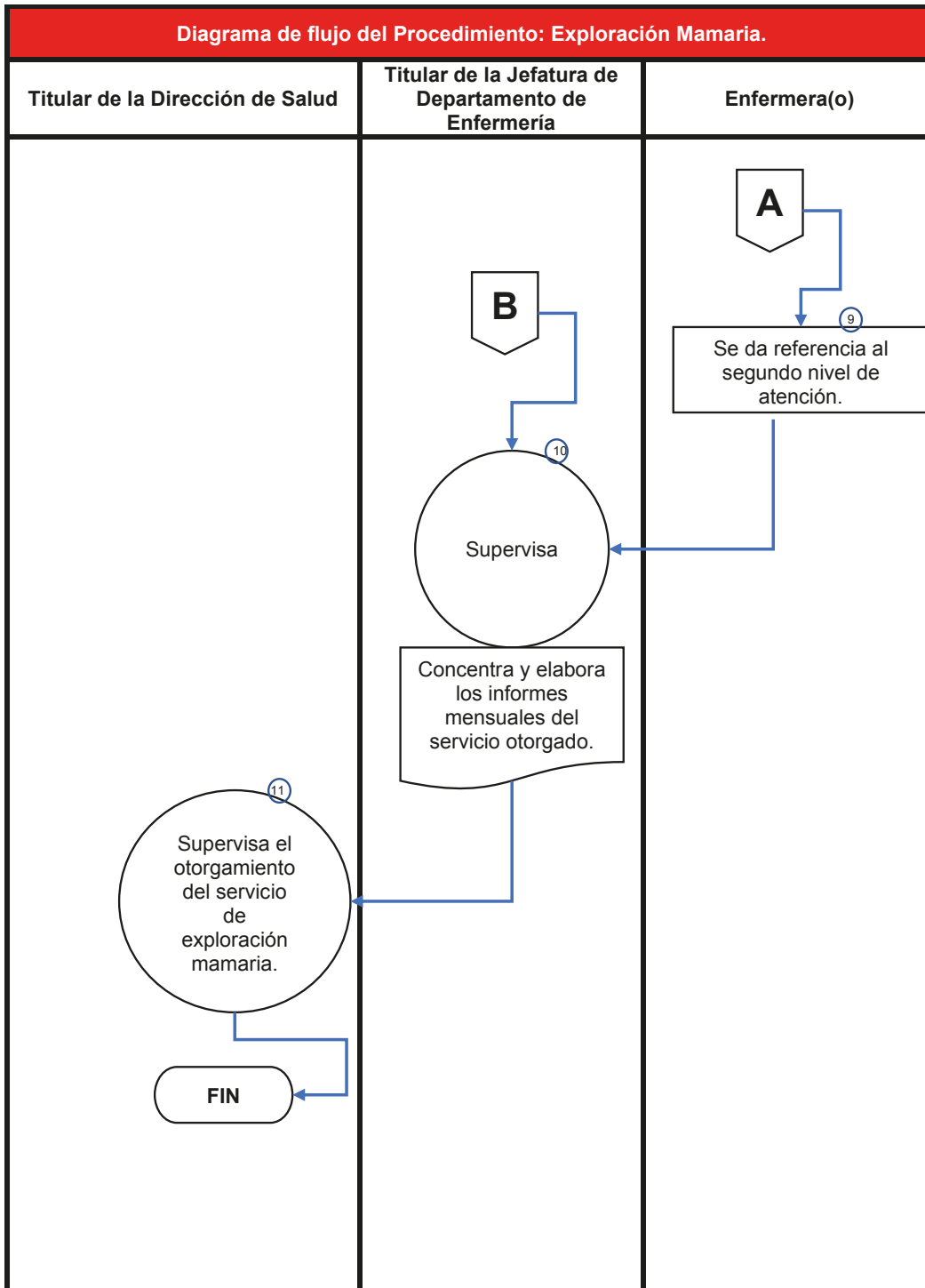







Diagrama de flujo del Procedimiento: Exploración Mamaria.





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
L.E. Ma. Guadalupe Torres González	M.C. 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	APLICACIÓN DE DOSIS DE BIOLÓGICO
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/MP/DS/DE/MP/005

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 en la población del municipio de Tlalnepantla de Baz, con énfasis en la población de menores, mujeres en edad fértil y grupos en riesgo, a través de la aplicación de biológico.

➤ ALCANCE

A la Dirección de Salud, a través de la Jefatura de Departamento de Enfermería, así como a la población de Tlalnepantla de Baz, que solicite el servicio de aplicación de dosis biológico.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

Federal:

- ♦ 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.
- ♦ 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

Estatal:

- ♦ 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.

Municipal:

- ♦ Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz.
- ♦ Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, México.



➤ GLOSARIO

- **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.
- **Alergia:** Es una reacción exagerada frente a la exposición a sustancias extrañas al organismo, sustancias externas y diferentes a los componentes propios del organismo de cada uno, que producen la aparición de distintos síntomas.
- **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.
- **Contraindicaciones:** Cualquier factor (como un síntoma o afección) que se considera un motivo para que una persona no reciba un tratamiento o procedimiento particular porque quizás sean dañinos para su salud.
- **Desnutrición:** Afección que se presenta cuando no se obtienen calorías suficientes o la cantidad adecuada de nutrientes principales, como las vitaminas y los minerales, que se necesitan para una buena salud.
- **Efecto Adverso 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).
- **Enfermedad:** Pérdida de la salud, cuyo efecto negativo es consecuencia de una alteración estructural o funcional de un órgano a cualquier nivel.
- **Fiebre:** Aumento temporal en la temperatura del cuerpo en respuesta a alguna enfermedad o padecimiento.
- **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.
- **Inmunosupresor:** Medicamento o sustancia química que sirve para la disminución o anulación de la respuesta inmunológica del organismo mediante tratamiento médico.
- **Refuerzo:** Dosis adicional de vacuna que se aplica periódicamente para estimular la respuesta inmune (CDC).
- **Tdpa:** Vacuna que protege contra tetanos, difteria y pertussis a las mujeres embarazadas y debe ser aplicada a partir del segundo trimestre de embarazo.





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

➤ RESPONSABILIDADES

Dirección de Salud, deberá:

Supervisar el otorgamiento del servicio de aplicación de biológico.

Titular de la Jefatura del Departamento de Enfermería, deberá:

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

Enfermeras(os), deberán:

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

➤ INSUMOS

- Alcohol.
- Algodón.
- Jeringa.
- Aguja.
- Biológicos.
- Diluyentes.
- Cartillas de vacunación.
- Gel antibacterial.





- Bata desechable.
- Contenedor de RPBI.
- Refrigeradores.
- Termo.
- Congelantes.
- Termómetro lineal o de vástago.
- Charolas.
- Vaso contenedor de biológico.

➤ RESULTADOS

Realizar la aplicación de biológico, que brinda 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 brindará en los Centros y Subsistemas del SMDIF:
 - ✓ Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia “Santa Mónica” en un horario de atención de 08:00 a 14:00 horas.
 - ✓ Subsistema “El Tenayo” en un horario de atención de 08:00 a 14:00 horas.
 - ✓ Subsistema “San Isidro” en un horario de atención de 08:00 a 14:00 horas.
 - ✓ Subsistema “Cristina Pacheco” en un horario de atención de 08:00 a 14:00 horas.
 - ✓ Subsistema “Tepeolulco” en un horario de atención de 08:00 a 14:00 horas.
- Para brindar el servicio, el personal de la Jefatura de Departamento de Enfermería, solicitará los siguientes datos de la persona usuaria:
 - ✓ Lugar de nacimiento;
 - ✓ Fecha de nacimiento;
 - ✓ Edad;
 - ✓ Nombre;
 - ✓ Domicilio; y
 - ✓ CURP.
- Toda persona que solicite el servicio marcado en este procedimiento debe presentar su cartilla de vacunación universal, sobre todo los niños de 0 a 9 años.
- 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 realizará a toda la población del municipio de Tlalnepantla de Baz, sin importar la edad.





- Contraindicaciones de las inmunizaciones:
 - ✓ Enfermedades con tratamiento inmunosupresor
 - ✓ Fiebre mayor a 38°.
 - ✓ Haber tenido la aplicación de un biológico sin haber pasado un mínimo de 30 días.
 - ✓ Embarazo (excepción Tdpa)
 - ✓ Recién nacidos con peso menor a 2000 gr.
 - ✓ Desnutrición grave.
 - ✓ Alergias conocidas o a haber presentado alergias a alguna vacuna anteriormente.
- Indicaciones:
 - ✓ Presentar cartilla de vacunación universal.
 - ✓ No vestir ropa gruesa, muy ajustada o con varios botones, debe ser ropa ligera fácil de poner y quitar.
 - ✓ Se le explicará al paciente o responsable del menor el sitio de aplicación.
 - ✓ Posterior a la vacunación se sugiere baño con agua tibia.
 - ✓ No aplicar ningún medicamento en el sitio de aplicación.
 - ✓ En caso de fiebre, se debe controlar con medios físicos.
 - ✓ Recordar la próxima cita para la aplicación de la siguiente dosis.





➤ 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 aplicación de biológico.
Personal de recepción	2	Brinda información acerca del servicio solicitado y refiere a la Jefatura de Departamento de 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	Acepta 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.
Titular de la Jefatura del Departamento de Enfermería	9	Realiza concentrado y reporta a DIFEM.
Titular de la Dirección de Salud	10	Supervisa el otorgamiento del servicio de aplicación de biológico.
FIN		



➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**

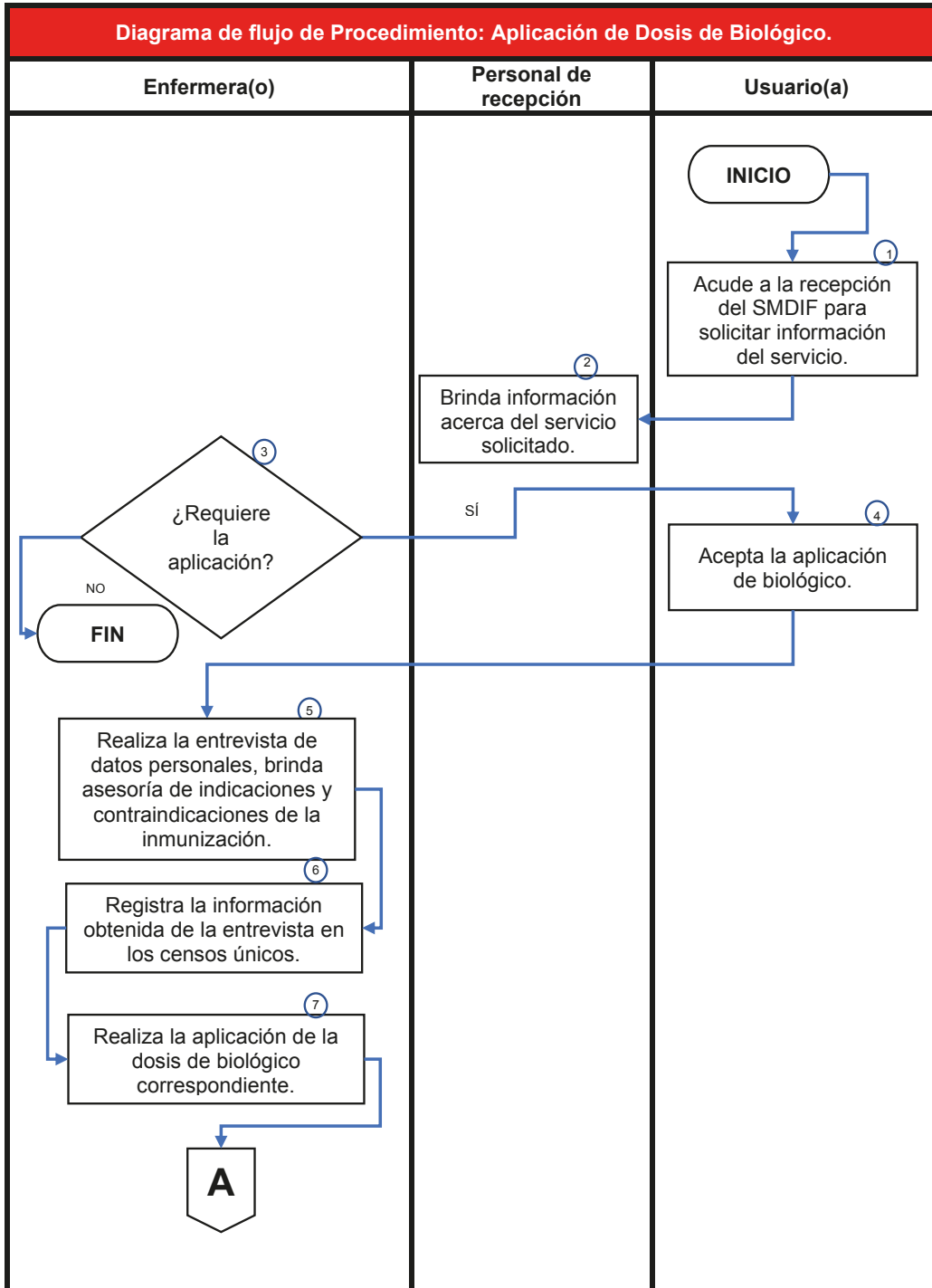
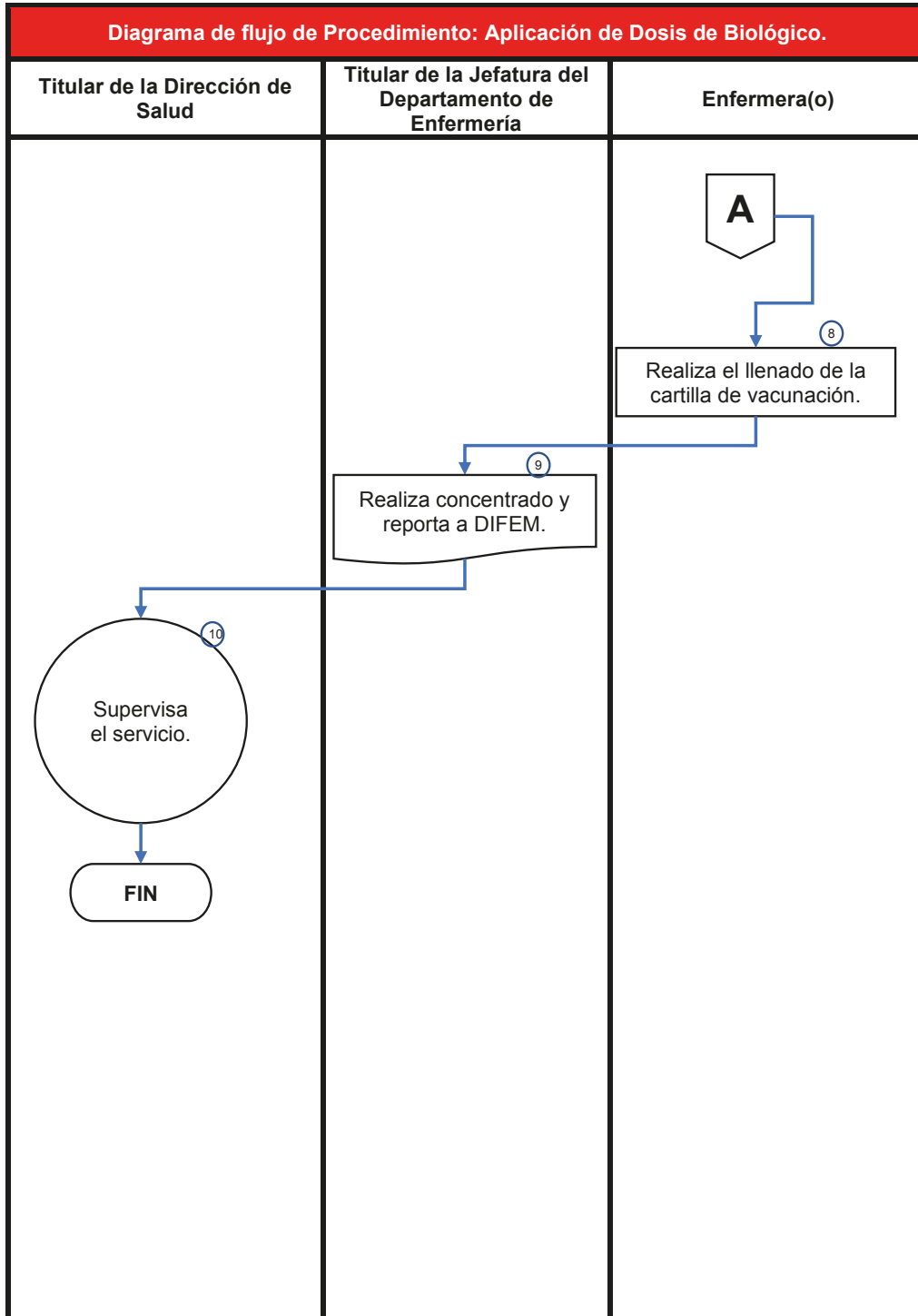




Diagrama de flujo de Procedimiento: Aplicación de Dosis de Biológico.





➤ FORMATOS

- Formato del Censo Nominal Poblacional

Anexo S. Formato del Censo Nominal para población adulta (de 20 años y más) y mujeres embarazadas. (Anexo 1-C)

The form is a grid with multiple columns for data entry. The columns are labeled with various demographic and social indicators. A large watermark 'SIN VALIDEZ OFICIAL' is overlaid diagonally across the center of the form.



Formato de Registro de Biológicos

Anexo T. Registro de Aplicación de Biológicos. Primera parte. SINBA-SIS-06-P-2017

SALUD		REGISTRO DE APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS PRIMERA PARTE			SINBA-SIS-06-P-2017	
UNIDAD	CLAVE	INDICACIÓN	LOCALIDAD	FECHA DE APLICACIÓN	FECHA DE RESPUESTA	ESTADO
BIOLÓGICO	UNICA	RECOMENDADO PARA LA PRIMERA APLICACIÓN				
		2º APLICACIÓN				
BCG	UNICA	1 A 4 AÑOS				
		PRIMERA	2 A 11 MESES			
		SEGUNDA	4 A 11 MESES			
		TERCERA	6 A 11 MESES			
		CUARTA	12 A 11 MESES			
HEPATITIS B	UNICA	PARA COMPLETAR ESQUEMA	1 A 4 AÑOS			
		PRIMERA	RECOMENDADO (9-13 AÑOS)			
		PRIMERA	2 A 11 MESES			
		SEGUNDA	2 A 11 MESES			
		TERCERA	6 A 11 MESES			
HEPATITIS A	UNICA	POBLACION EN RIESGO	1 A 10 AÑOS			
		POBLACION EN RIESGO				
DPT	UNICA	4 AÑOS				
		5 A 6 AÑOS				
NEUMOCÓCCO	UNICA	PRIMERA	2 A 7 MESES			
		SEGUNDA	6 A 7 MESES			
		TERCERA	6 A 7 MESES			
		PRIMERA	2 A 11 MESES			
NEUMOCÓCCO CONJUGADA	UNICA	SEGUNDA	6 A 11 MESES			
		TERCERA	12 A 23 MESES			
		PARA COMPLETAR ESQUEMA	12 A 23 MESES			
		UNICA	45 AÑOS			
NEUMOCÓCCO POLISACÁRIDO (23 SEROTIPOS)	UNICA	POBLACION EN RIESGO				
		PRIMERA	1 AÑO			
SRP TRIPLE VIRAL	UNICA	REFUERZO	4 AÑOS			
		PARA COMPLETAR ESQUEMA	2 A 9 AÑOS			
		REFUERZO	1 A 4 AÑOS			
SR DOBLE VIRAL	UNICA	REFUERZO	15 A 19 AÑOS			
		REFUERZO	20 A 29 AÑOS			
		REFUERZO	30 Y MÁS AÑOS			
		REFUERZO	1 A 4 AÑOS			
VPH	UNICA	MUJERES DE 1º AÑO DE PRIMARIA Y 11 AÑOS NO ESCOLARIZADA	PRIMERA			
		MUJERES DE 11 AÑOS NO ESCOLARIZADA	SEGUNDA			
		MUJERES 14 Y MÁS AÑOS	TERCERA			
SABPH	UNICA	REFUERZO	6 A 11 MESES			
		REFUERZO	1 A 2 AÑOS			
		REFUERZO	3 A 4 AÑOS			



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
L.E. Ma. Guadalupe Torres González	M.C. 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





3.7. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE LABORATORIO

UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE LABORATORIO
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	EXÁMENES DE LABORATORIO
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/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

Federal:

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ◆ Ley General de Salud.
- ◆ Ley General de Asistencia Social.
- ◆ NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- ◆ 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.

Estatal:

- ◆ 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”.

Municipal:

- ◆ Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

➤ RESPONSABILIDADES

Dirección de Salud, deberá:

Supervisar la prestación de servicio de laboratorio para brindar una atención de calidad a quien lo solicite; así como 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; asimismo 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; e 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 Administración y 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 y 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.

Asimismo, se encargará del resguardo del padrón de beneficiarios con todos los datos que se solicitan.





Recepcionista, deberá:

Brindar informes a las personas usuarias sobre los servicios de análisis clínicos de laboratorio del SMDIF, detallando requerimientos específicos y tiempos; canalizar a las personas usuarias a las áreas correspondientes conforme los requerimientos específicos de éstas; y entregar los resultados.

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 y entregar resultados cuando el personal de recepción no se encuentre;

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, el cual firman de manera autógrafa y voluntaria 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 “Catalogo de Cuotas de los Servicios brindados en 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.





- **Muestra Histopatológica:** Es un tejido quirúrgico el cual es tomado por un médico especialista para su análisis.

➤ **ACRÓNIMOS**

- **CURP:** Clave Única de Registro de Población.
- **INAPAM:** Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
- **INE:** Instituto Nacional Electoral.
- **NOM:** Norma Oficial Mexicana.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.
- **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Adquirida

➤ **INSUMOS**

- Orden médica, solicitud de autoridad competente o solicitud verbal.
- INE o CURP requisito indispensable para realizar prueba de no gravidez.
- Recibo de pago.
- Carta de consentimiento Informado debidamente firmada.
- Equipo de protección personal (bata desechable azul 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.
- Orden de servicio para el envío de la muestra con laboratorio externo (estudios especiales).
- 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

- Los servicios de laboratorio se brindarán en los siguientes lugares:
 - ✓ “Santa Mónica”: Ubicado en Avenida Santa Mónica esquina Convento de San Fernando s/n Fraccionamiento Jardines de Santa Mónica, con un horario de toma de muestras de 08:00 - 10:30 horas, de lunes a viernes.
 - ✓ “Subsistema Cristina Pacheco”: Ubicado en Avenida San José, Lt. 18-19, Colonia San Juan Ixhuatepec, con un horario de toma de muestras 08:00 - 10:30 horas, de lunes a viernes.
 - ✓ “Subsistema Tenayo”: Ubicado en Prolongación Vallejo 100 Metros, manzana 39, Col. El Tenayo centro, con un horario de toma de muestras de 9:00-10:30 horas, los días martes y jueves.
“Subsistema Mónica Orta”: Ubicado en Calle Ixtacala 78, Colonia Ampliación Gustavo Baz Prada, con un horario de toma de muestras de 09:00 – 10:30 horas, los días día miércoles de cada quince días.
 - ✓ “Subsistema Tepeolulco”: Ubicado en Av. 5, esquina calle puerto príncipe, Colonia Lomas de Tepeolulco, con un horario de toma de muestras de 09:00 – 10:30 horas, los días lunes de cada quince días.
- 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 presentar INE o CURP o referenciar el mismo para recibir los servicios de análisis clínicos de laboratorio del SMDIF, es requisito indispensable presentar INE para examen de no gravidez.
- En los exámenes laboratorio el cobro será de acuerdo al “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el 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 titular de la Presidencia del SMDIF de Tlaxepantla de Baz, 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.
- Los requisitos generales para realizar los exámenes de laboratorio son los siguientes:
 - ✓ Presentarse con 8 horas de ayuno, como mínimo para la realización de exámenes de sangre.





- ✓ En el caso de solo solicitar grupo sanguíneo no se requiere ayuno.
- ✓ Sin aseo bucal y ayuno para cultivos faríngeos; en el caso de menores que requieren este estudio, se indicará el tiempo de ayuno dependiendo la edad del menor, estas indicaciones las dará el personal adscrito a la Jefatura de Departamento de Laboratorio.
- ✓ Para estudios de examen general de orina se recibe muestra, primera orina matinal.
- ✓ Para estudios de examen coproparasitoscópico se solicitan muestras de excremento del tamaño de una almendra no se reciben muestras que no cumplan con esta condición.
- ✓ Estudios que requieran una preparación especial, el personal de laboratorio otorgará las indicaciones adecuadas al estudio solicitado.
- 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 es el mismo día; en la hora señalada, por el personal de laboratorio al usuario.
 - b. En Pruebas de No gravidez: La entrega de resultados será el mismo día, en la hora señalada, conforme lo notifique el personal de laboratorio a la usuaria.
 - c. En Exámenes Prenupciales: La entrega de resultados será dos días hábiles a partir de la toma de la muestra, 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.
 - e. En Estudios Especiales (De maquila en laboratorio externo): La entrega de los resultados será de dos a cinco días hábiles conforme lo notifique el personal de laboratorio.
 - f. En el caso de estudios histopatológicos (de maquila laboratorio externo): La entrega de resultados de siete a diez días 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 al siguiente día 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 positivo no se entregará, será atendido por un médico del SMDIF, para que se haga el seguimiento correspondiente.
- Para el Examen de no gravidez, el resultado de éste 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).
- 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; y emitirá 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 a la Jefatura de 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**

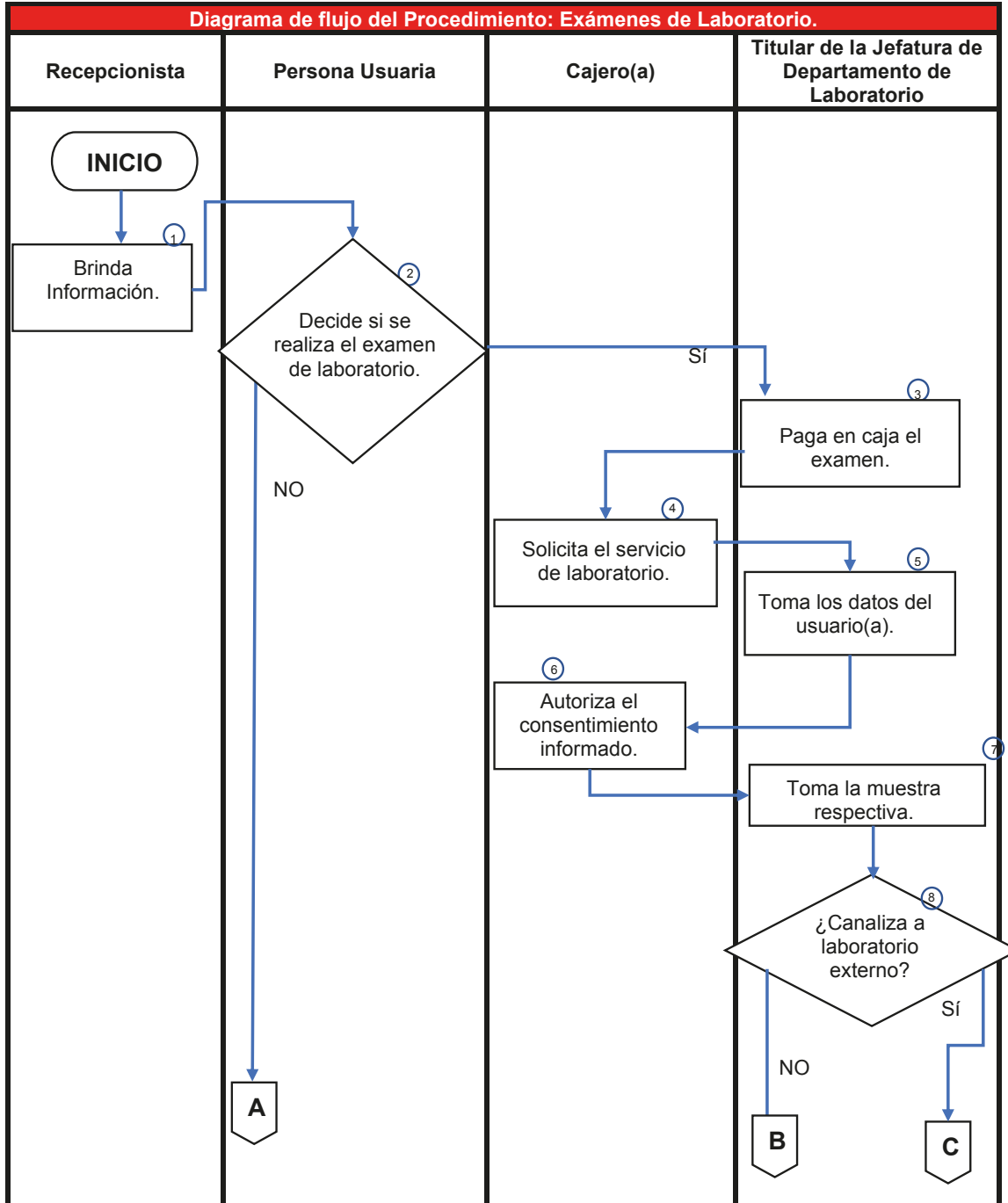
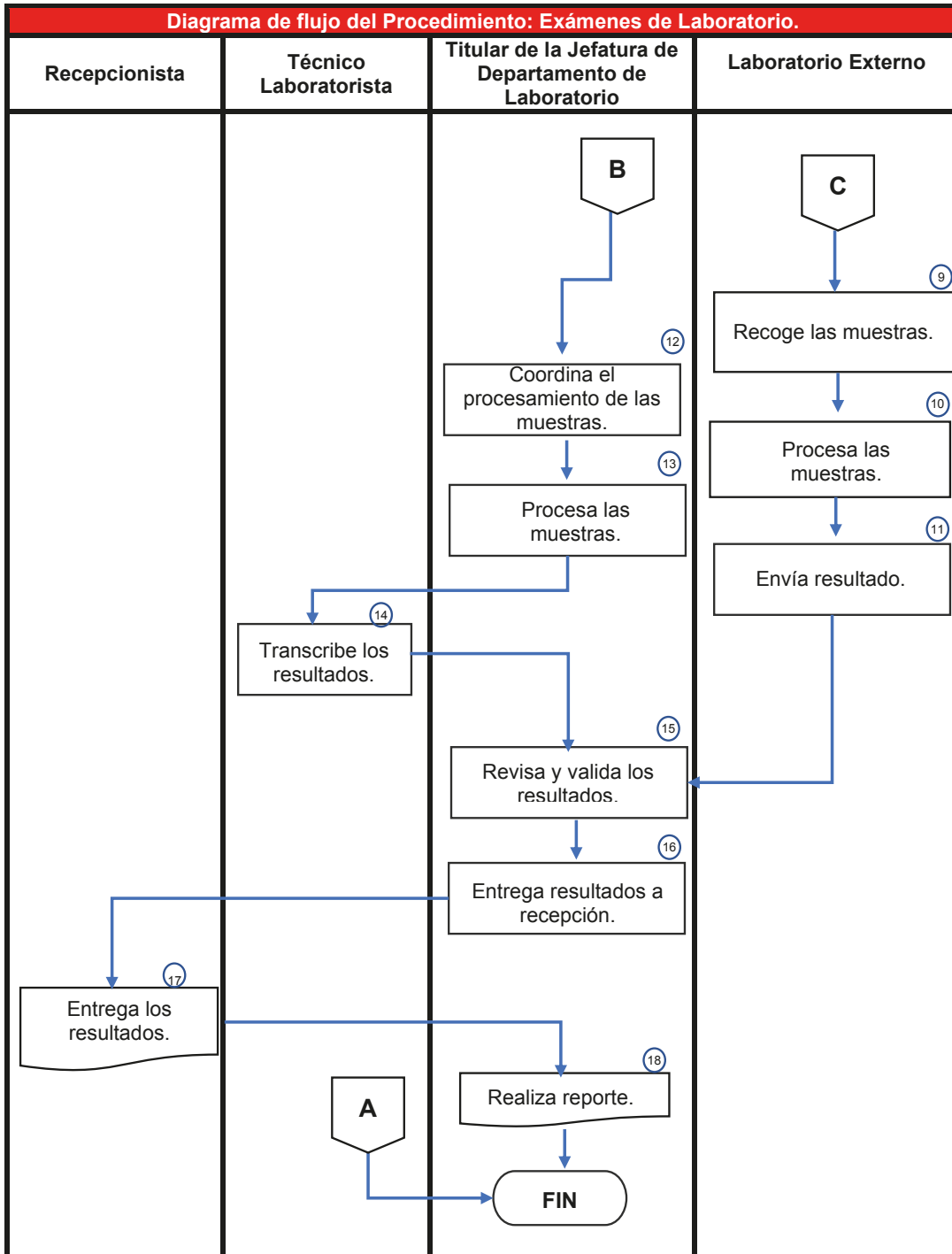




Diagrama de flujo del Procedimiento: Exámenes de Laboratorio.





➤ **FORMATOS**

- **Formato Recibo de Pago**

DIF Tlaxcala DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS FOLIO N° 13150
ORDEN DE SERVICIO MES: DA: AÑO:

GENTRO UBICADO EN: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____


SERVICIO TERAPIA Y D	<input type="checkbox"/>	LABORATORIO	<input type="checkbox"/>	OPTOMETRÍA	<input type="checkbox"/>	DIF	<input type="text"/>
DISPLARIA	<input type="checkbox"/>	MEDICINA GENERAL	<input type="checkbox"/>	ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/>	ESPECIALISTA	<input type="text"/>
ENFERMERIA	<input type="checkbox"/>	MEDICINA INTERNA	<input type="checkbox"/>	PSYQUIATRIA	<input type="checkbox"/>	TOTAL	<input type="text"/>
EXAMEN MEDICO	<input type="checkbox"/>	MEDICINA PEDIATRIA	<input type="checkbox"/>	RAIOLOGIA	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
GASTROENTEROLOGIA	<input type="checkbox"/>	NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/>	UROLOGIA	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
GINECOLOGIA	<input type="checkbox"/>	ODONTOLOGIA	<input type="checkbox"/>				<input type="text"/>
OTROS INGRESOS	<input type="checkbox"/>	OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/>				<input type="text"/>

OBSERVACIONES: PACIENTE: _____ RECEPCIONISTA: _____


SIN VALIDEZ



Formato Consentimiento Informado

 H. Ayuntamiento Constitucional de Tlalnepantla de Baz, 2022-2024

DIRECCIÓN DE SALUD
DEPARTAMENTO DE LABORATORIO



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

Tlalnepantla de Baz, Estado de México a _____ de _____ del _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de este conducto informo que yo

C. _____

Edad _____ Hora de toma de muestra _____

Otorgo mi consentimiento con base al punto 10.1 (carta de consentimiento informado de la NOM-004 SSA3-2012 del EXPEDIENTE CLINICO de manera libre, consciente e inequívoca para que el Laboratorio de DIF TLALNEPANTLA me realice los estudios de laboratorio que constan con el número de folio _____ del Laboratorio de DIF, con el fin de que converga a mis intereses y salud en términos de diagnóstico médico me sean realizados, liberando a Laboratorio de DIF TLALNEPANTLA de cualquier responsabilidad que llegara a incurrir por dicho consentimiento.

En caso de ser menor de edad o con incapacidad, se informa y autoriza el responsable.

Nombre completo y firma
Otorga el consentimiento informado

Sistema Municipal DIF Tlalnepantla de Baz
Av. Convento de Santa Mónica s/n, esq. Convento de
San Fernando, C.P. 54050 Estado de México
Tel (55) 5361 2115 ext. 108
www.diftlalnepantla.gob.mx

SIN VALIDEZ





Consentimiento Informado Examen de Gravidéz



DIRECCIÓN DE SALUD

DEPARTAMENTO DE LABORATORIO



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

TlaxcAMPANTLA 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 Elector _____

Autorizo Libre y voluntariamente la realización de la prueba de No Gravidéz mostrando credencial de elector o cédula profesional o pasaporte.

Se me explica que en caso de ser positiva de embarazo no se extenderá un resultado de no gravidéz, se extenderá resultado de prueba de embarazo normal.

Estoy enterada que debo recoger resultado en el laboratorio dentro del horario de labores del mismo (8:00 a 14:00hrs).

SIN VALIDEZ

Nombre completo y firma
Otorga el consentimiento informado.





Formato Consentimiento Informado VIH



DIRECCIÓN DE SALUD

DEPARTAMENTO DE LABORATORIO



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

Tlaxcalapantla de Tlax. Estado de México a _____ de _____ del _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

En caso de tratarse de un menor de edad, o de un paciente que se encuentre en caso de incapacidad transitoria o permanente, o por una situación legal no pueda expedir el consentimiento libremente, 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 representante legal, los médicos autorizados por evaluación del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, se llevara a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando la constancia por escrito en el expediente clínico (Secretaría General de Salud).

DATOS PERSONALES

Nombre del Paciente _____

Edad _____

Sexo _____

Fecha de Nacimiento _____

Teléfono _____

Nombre de la persona que recibió la información y da el consentimiento _____

Paciente () Responsable () Familiar () Parentesco ()

Médico Tratante _____

Cedula Profesional o Licencia No. _____

Autorizo Libre y voluntariamente la realización de estudios de laboratorio para la detección de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) tipo, por principio Electroquimioluminiscencia.

Me han explicado y he entendido todas las referencias y el riesgo-beneficio esperado. He comprendido que se podrán necesitar pruebas confirmatorias si el resultado es reactivo y también de que los resultados serán entregados de forma confidencial y discreta a mi persona o al representante legal sea el caso conforme lo indica la NOM.010-SSA2-2013.

Nombre completo y firma
Otorga el consentimiento informado

Sistema Múnici por DIF Tlaxcalapantla de Tlax.
Av. Convento de Santa Mónica s/n, esq. Convento de
San Francisco, C.P. 54030 Tlaxico de México
Tel (55) 5361 2115 ext 105
www.diftlaxcalapantla.gob.mx

310
T



Formato Solicitud de Análisis

Laboratorio de Análisis Clínicos
SOLICITUD DE ANÁLISIS

Nombre:			Folio:
Médico:			Fecha:
Diagnóstico presuntivo:	Edad:	Telefono:	

HEMATOLOGÍA	QUÍMICA CLÍNICA	GENERAL DE ORINA	PARASITOLOGÍA	OTROS ESTUDIOS
Fórmula	Glucosa	ph	Parasitoscópico	
Fórmula	Urea	Densidad	Amilasa en Espectro	
Roja Blanca Rutina	Creatinina	Color	Citología Voco Fecal	
Eritrocitos	Ac. Úrico	Aspecto	Aspecto Anal	
Hemoglobina	Coolesterol	Albumina	Sangre Oculta	
Hematocrito	Triglicéridos	Glucosa		
C.M.H.G.	Proteínas Totales	Acetona	BACTERIOLOGÍA	
Leucocitos	Albumina	Bilirrubina	Exudado Uretral	
Linfocitos	Globulina	Urobilinógeno	Exudado Nasal	
Monocitos	Rel. A/G	Hemoglobina	Exudado Faríngeo	
Eosinófilos	Calcio	Utritos	Exudado Vulval	
Basófilos	B. Total		Exudado Vaginal	
Segmentados	B. Directo	INMUNOLOGÍA	Coprocultivo	
En banda	B. Indirecto	Antiestreptolisinas	Urocultivo*	
Sedimentación	T.G.O.	Prot. C, Reactiva	BAAR	
Plequetas	TS.P.	Factor Reumatoide	Espmatobioscopia	
T.P. CONT PROB	F. Albumina	V.D.R.L.	Eosinófilos Nasaes	
T.P.T.	Fósforo	P. Embarazo		
Grupo Sanguíneo	D.H.L.	Resc. Febriles		
Factor Rh	Hb. Glicosilada	H.I.V.		
Anomalías	Gluc. P.P.	P. Gravidéz		
Células Le.	Química 27 elementos			

OBSERVACIONES:






Formato Hematología



Laboratorio de Análisis Clínicos
HEMATOLOGÍA



Nombre:

Médico:

Folio:

Fecha:

	VALORES NORMALES		
	HOMBRES	MUJERES	NIÑOS
ERITROCITOS <input type="text"/>	4-6.0 Millones/mm ³	4-5 Millones/mm ³	4-5 Millones/mm ³
HEMOGLOBINA <input type="text"/>	13.2 - 17 g/dl	12 - 16 g/dl	12 - 15 g/dl
HEMATOCRITO <input type="text"/>	37 - 47 %	37 - 47 %	32.5 - 35 %
C.M.H.G <input type="text"/>	52 - 28 %		
LEUCOCITOS <input type="text"/>	5,000 - 10,000/mm ³		
LINFOCITOS <input type="text"/>	25 - 40 %		
MONOCITOS <input type="text"/>	3 - 8 %		
EOSINOFILOS <input type="text"/>	1 - 4 %		
BASÓFILOS <input type="text"/>	0 - 1 %		
SEGMENTADOS <input type="text"/>	50 - 65 %		
BIANDA <input type="text"/>	0 - 5 %		
SEDIMENTACIÓN <input type="text"/>	0 - 7 mm	0 - 15 mm	0 - 15 mm
PLAQUETAS <input type="text"/>	150,000 - 350,000 mm ³		
RETICULOCITOS <input type="text"/>	0.5 - 2.0 %		
GRUPO SANGUÍNEO <input type="text"/>			
FACTOR RH <input type="text"/>			

OBSERVACIONES

RESPONSABLE

SIN VALIDEZ



Formato Químico Clínica



Laboratorio de Análisis Clínicos
QUÍMICA CLÍNICA



Nombre:	Folio:
Médico:	Fecha:

Glúcosa	60 - 100 mg/dl	PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA	
Urea	15 - 45 mg/dl	Bilirrubina Total	0.2 -1.0 mg/dl
Creatinina	0.5 - 1.2 mg/dl	Bilirrubina Directa	0.0-0.2 mg/dl
Ácido Úrico	H:3.5 - 7.2 mg/dl M:2.6 - 6.0 mg/dl	Bilirrubina Indirecta	0.02-0.7mg/dl
Coolesterol Total	Hasta 200 mg/dl	G.O.	5-34 u/l
Triglicéridos	Hasta 150 mg/dl	T.G.P.	10-35 u/l
Proteínas Totales	6.0 - 8.2 g/dl	Fosfatasa Alcalina	Menos de 135 u/l 1-9 años de 85-245 u/l 10-12 años 40-360 u/l
Albumina	3.5 - 5.2 g/dl	Fósforo	2.7-4.5 mg/dl
Globulinas	2.3 - 3.5 g/dl	Deshidrogenasa Láctica	Adultos 100-210 u/l
Relación A/G	1.3 - 2.5		
Calcio	R/N 7.5 - 12 mg/dl Niños - 10.0 - 12.0 mg/dl Adultos 8.0 - 10.5 mg/dl		

SIN VALIDEZ

RESPONSABLE





Formato Examen de Gravidéz

Tlaxcala Laboratorio de Análisis Clínicos **DIF**
EXAMEN DE GRAVIDEZ

Nombre:	Folio:
Médico:	Fecha:

EXAMEN DE GRAVIDEZ
Resultado negativo

SIN VALIDEZ

 Responsable

314



Formato de laboratorio de análisis clínicos

Tlaxcala Laboratorio de Análisis Clínicos **DIF**
EXAMEN DE GRAVIDEZ

Nombre:	Folio:
Médico:	Fecha:

SIN VALIDEZ

 RESPONSABLE





Formato Examen General de Orina

Laboratorio de Análisis Clínicos
EXAMEN GENERAL DE ORINA

Nombre: _____ Folio: _____
 Médico: _____ Fecha: _____

EXAMEN MACROSCÓPICO		SEDIMENTO URINARIO	
PH		BACTERIAS	
DENSIDAD		GLUCOSAS EPITELIALES	
COLOR		CRISTALES	
ASPECTO			
ALBUMINA			
GLUCOSA		CILINDROS	
ACETONA		LEUCOCITOS	
BILIRRUBINA		ERITROCITOS	
UROBILINOGENO		LEVADURAS	
HEMOGLOBINA		TRICHOMONAS	
NITRITOS			

Responsable _____

Tarjeta grupo sanguíneo Santa Mónica

Fecha: _____ Folio: _____

Laboratorio de Análisis Clínicos

Nombre del paciente: _____

Determinación del grupo sanguíneo y factor Rh (D): _____

DIF Santa Mónica
 Av. Convento de Santa Mónica s/n, Esq. Convento de San Fernando
 Fracc. Jardines de Santa Mónica, Tlaxcala de Baz, Edo. de México
 Tels: 55-53-90-91-52 / 55-53-61-21-15 Ext. 106





▪ Tarjeta Grupo Sanguíneo

Sistema Municipal DIF en Tlalnepantla de Baz

Fecha	Laboratorio de Análisis Clínicos	Folio
Nombre del paciente:		
Determinación del grupo sanguíneo y factor Rh (D)		

DIF Catalina Pacheco
Av. San José López 14 y 19 D. San José Ixtuapoco,
Tlalnepantla de Baz, Edo. de México
Tels: 55-57-14 30 47

SIN VALIDEZ





- Formato Química 27 elementos



Laboratorio de Análisis Clínicos QUÍMICA DE 27 ELEMENTOS

Nombre:			Folio
Médico:			Fecha
ESTUDIO	RESULTADO		
	BAJO	DENTRO	ALTO
GLUCOSA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NITRÓGENO DE UREA (BUN)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
UREA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CREATININA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ÁCIDO ÚRICO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COLESTEROL TOTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TRIGLICÉRIDOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BILIRRUBINA TOTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BILIRRUBINA DIRECTA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BILIRRUBINA INDIRECTA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T.G.P.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T.G.O.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FOSFATA ALCALINA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DESHIDROGENASA LÁCTICA (LDH)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GAMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA (GGT)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			VALORES DE REFERENCIA
			60.0-100.0 mg/dl
			5.0 - 17.0 mg/dl
			15.0 - 45.0 mg/dl
			0.5 - 1.2 mg/dl
			MUJERES 2.6 - 6.0 mg/dl HOMBRES 3.6 - 7.2 mg/dl
			MEJOR 200.0 mg/dl LÍMITES 20.0 - 210.0 mg/dl ALTO MAYOR A 240.0 mg/dl
			MUJERES 0.5-1.0 mg/dl LÍMITES 0.1 - 1.0 mg/dl ALTO MAYOR A 1.50 mg/dl
			0.2 - 1.0 mg/dl
			0.0 - 0.2 mg/dl
			0.2 - 0.7 U/L
			10.0 - 35.0 U/L
			5.0 - 34.0 U/L
			MEJOR 138 U/L 1 año - 1 año 80.0-345.0 U/L 1 a 9 años 80.0-345.0 U/L 10 a 12 años 40.0-360.0 U/L 13 a 15 años 50.0-390.0 U/L
			ADULTOS 100.0 - 290 U/L
			80 - 34.0 U/L

SIN VALIDEZ



- Formato Química 27 elementos (continuación)



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 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
CALCIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<small> Niños: 9.0 - 10.0 mg/dl Adultos: 9.0 - 10.5 mg/dl </small>
HIERRO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<small> Mujeres: 50.0 - 170.0 ug/dl Hombres: 65.0 - 170.0 ug/dl </small>
SODIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	136.0 - 146.0 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 DHL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<small> Hombres: 150 - 200 mg/dl Mujeres: 130 - 170 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 _____

SIN VALIDEZ



Formato Examen Prenupcial

DIF Tlaxcala

EXAMEN PRENUPCIAL

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FOLIO: _____

FECHA: _____

V.D.R.L. _____ NEGATIVO _____

GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH _____

RESPONSABLE: _____

CÉDULA PROFESIONAL: _____

FIRMA: _____

DIF Central Santa Mónica: Av. Convento de Santa Mónica s/n. Esq. Convento de San Fernando Fracc. Jardines de Santa Mónica, Tlaxcalteco de Baz. Edo de México
Tel. 5553-61-21-15 ext. 106

SIN VALIDEZ





- Formato Examen Prenupcial con Prueba de escrutinio de VIH



EXAMEN PRENUPCIAL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

NOMBRE DEL PACIENTE:

FOLIO

FECHA

V.D.R.L.

NEGATIVO

AC. ANTI H.L.V. 1-2/ Antígeno p24 (Prueba de escrutinio)
--

NO REACTIVO

GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH

--

RESPONSABLE:

CÉDULA PROFESIONAL:

FIRMA: _____

DIF Central Santa Mónica: Av. Convento de Santa Mónica s/n. Esq. Convento de San Fernando Fracc. Jardines de Santa Mónica,
Tlaxcala de Baz, Edo de México
Tel. 5653-61-21-15 ext. 106





- Anexo del listado Cuotas de Recuperación, de conformidad con el “Catálogo de Cuotas de los Servicios Brindados en el SMDIF” (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).



7. SERVICIOS DE LABORATORIO DEL SMDIF.

SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDENCIAL DEL INAPAM DISCAPACIDAD	
	DIF TLALNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF TLALNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
AC DO ÚRICO (AU) †	\$30.00	\$25.00	50%	50%
ALBUMINA EN SUERO	\$80.00	\$80.00	50%	50%
AMIBA EN FRASCO (BAF)	\$35.00	\$30.00	50%	50%
ANTIESTREPTOLISINAS (AEL)	\$45.00	\$45.00	N/A	N/A
BILIRRUBINAS	\$40.00	\$40.00	N/A	N/A
BIOMETRÍA HEMÁTICA (BH)	\$70.00	\$65.00	50%	50%
CALCIO (Ca)	\$50.00	\$45.00	N/A	N/A
CITOLOGÍA FECAL O MOCO FECAL O LEUCOCITOS	\$45.00	\$45.00	50%	50%
CITOLOGÍA NASAL (EOSINÓFILOS 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	\$125.00	N/A	N/A
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD	\$145.00	\$125.00	N/A	N/A
COPROCLTIVO (COCU)	\$260.00	\$250.00	N/A	N/A
COPROPARASITOSCÓPICO (CX 3)	\$70.00	\$60.00	50%	50%
COPROLÓGICO ESPECIAL	\$70.00	\$60.00	50%	50%
CREATININA	\$20.00	\$25.00	50%	50%
CULTIVO DE ABSCESO	\$390.00	\$390.00	N/A	N/A
CULTIVO CONJUNTIVAL UN OJO	\$250.00	\$250.00	N/A	N/A
CULTIVO DE EXPECTORACIÓN	\$310.00	\$300.00	N/A	N/A
CULTIVO DE EXUDADO FARÍNGEO (CEF)	\$250.00	\$250.00	N/A	N/A
CULTIVO NASAL	\$250.00	\$250.00	N/A	N/A
CULTIVO DE SECRECIÓN MAMARIA	\$390.00	\$390.00	N/A	N/A
CULTIVO HERIDA O LESIÓN	\$390.00	\$390.00	N/A	N/A
CULTIVO VULVAR	\$280.00	\$280.00	N/A	N/A
CULTIVO DE EXUDADO VAGINAL (CEV)	\$280.00	\$280.00	N/A	N/A
CULTIVO URETRAL	\$280.00	\$280.00	N/A	N/A
CULTIVO ESPERMOCULTIVO	\$290.00	\$290.00	N/A	N/A
CURVA DE TOL. A LA GLUCOSA GESTACIONAL	\$220.00	\$200.00	N/A	N/A
CURVA DE TOL. A LA GLUCOSA (CG)	\$220.00	\$200.00	N/A	N/A
DEPURACIÓN DE CREATININA EN ORINA DE 24HRS	\$80.00	\$70.00	N/A	50%

5

Nuevo Gobierno, Nuevas Ideas

321





- Anexo del listado Cuotas de Recuperación, de conformidad con el “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF” (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDENCIAL DEL INAPAM/DISCAPACIDAD	
	DIF TLALNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF TLALNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
DESHIDROGENASA LÁCTICA (DHL)	\$165.00	\$165.00	N/A	50%
EXAMEN GENERAL DE ORINA (EGO)	\$90.00	\$40.00	50%	N/A
FACTOR REUMATOIDE (FR)	\$60.00	\$45.00	50%	N/A
FOSFATASA ALCALINA	\$105.00	\$90.00	N/A	N/A
GLUCOSA	\$30.00	\$25.00	50%	50%
GLUCOSA AYUNO Y POST CARGA (POST PRAND)	\$135.00	\$115.00	N/A	N/A
GRUPO SANGUÍNEO Y RH (GPO)	\$35.00	\$30.00	50%	50%
HEMOGLOBINA GLUCOSADA (HbA1C)	\$220.00	\$210.00	N/A	N/A
LÍPIDOS TOTALES	\$130.00	\$115.00	N/A	N/A
NITRÓGENO UREICO	\$100.00	\$85.00	50%	50%
P. DE FUNC. RENAL (DEP. CREAT. P. TOT. ELECTROL.)	\$420.00	\$400.00	N/A	N/A
PERFIL DE CHEQUEO (BH, EGO, QSS, Cx3)	\$245.00	\$245.00	N/A	N/A
PERFIL DE DIABETES (Hb GLCO. GLUCOSA)	\$220.00	\$200.00	N/A	N/A
PERFIL DE DIABETES (Hb GLICO. EGO. GLUCOSA)	\$250.00	\$250.00	N/A	N/A
PERFIL DE LÍPIDOS BÁSICO	\$265.00	\$230.00	N/A	N/A
PERFIL HEPÁTICO (BILIRR, TGO, TGP, F. ALC, DHL)	\$380.00	\$380.00	N/A	N/A
PERFIL REUMÁTICO (A.U., AEL, PCR, F.R., SED)	\$190.00	\$170.00	N/A	N/A
PERFIL TOXEMICO BH TP TPT, PFH, BUN, CREAT, UREA, AC. URICO, PROT EN ORINA, 24 HORAS DEPURACIÓN DE CREAT.	\$615.00	\$565.00	N/A	N/A
PLAQUETAS	\$35.00	\$30.00	N/A	N/A
PRENATALES (BH, GPO, VDRL, GLUC, EGO)	\$210.00	\$210.00	N/A	N/A
PRENATALES (BH, GPO, VDRL, GLUC, EGO, HIV)	\$380.00	\$380.00	N/A	N/A
PRENUPCIALES (VDRL, GPO) 1 PERSONA	\$140.00	\$115.00	N/A	N/A
PRENUPCIALES (VDRL, GPO) PAREJA	\$250.00	\$210.00	N/A	N/A
PRENUPCIALES (VDRL, GPO, HIV) PAREJA	\$515.00	\$500.00	N/A	N/A





- Anexo del listado Cuotas de Recuperación, de conformidad con el “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF” (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDENCIAL DEL INAPAMI DISCAPACIDAD	
	DIF TLAXIAPA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF TLAXIAPA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
PREOPERATORIOS (BH, QS, EGO, GPO, TC)	\$330.00	\$310.00	N/A	N/A
PREOPERATORIOS (BH, QS, EGO, GPO, TC, HIV)	\$500.00	\$490.00	N/A	N/A
PROTEÍNA C REACTIVA (PCR)	\$50.00	\$45.00	50%	50%
PROTEÍNAS TOTALES EN SANGRE	\$95.00	\$95.00	N/A	N/A
PROTEÍNAS TOTALES EN ORINA 24 HRS	\$95.00	\$95.00	N/A	N/A
PRUEBA DE EMBARAZO (NO GRAVIDEZ)	\$120.00	\$100.00	N/A	N/A
P. DE EMBARAZO EN SANGRE O GRAVIDEZ URGENTE	\$120.00	\$130.00	N/A	N/A
PRUEBA DE EMBARAZO EN SANGRE	\$70.00	\$60.00	N/A	N/A
PRUEBAS DE FUNC. HEPÁTICO (PFH, TGO, TGP, BIL)	\$140.00	\$125.00	N/A	N/A
QUÍMICA SANGÜÍNEA DE 5 ELEMENTOS (OS 5)	\$110.00	\$95.00	50%	50%
QUÍMICA SANGÜÍNEA DE 6 ELEMENTOS (OS 6)	\$185.00	\$149.00	N/A	N/A
REACCIONES FERRÍLEAS (R. FEB)	\$70.00	\$55.00	N/A	N/A
RETICULOCITOS	\$45.00	\$36.00	N/A	N/A
SANGRE OCULTA EN HECES (GLAYACO)	\$45.00	\$36.00	N/A	N/A
SEDIMENTACIÓN (VSG)	\$40.00	\$35.00	N/A	N/A
TIEMPO DE SANGRADO	\$20.00	\$15.00	N/A	N/A
TIEMPO DE COAGULACIÓN (TC)	\$20.00	\$15.00	N/A	N/A
TIEMPO DE COAGULACIÓN (TP, TPT, TC, TS)	\$145.00	\$140.00	N/A	N/A
TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	\$80.00	\$65.00	N/A	N/A
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (TTP)	\$80.00	\$65.00	N/A	N/A
TRANSAMINASAS (TGP)	\$70.00	\$60.00	N/A	N/A
TRANSAMINASAS (TGO)	\$70.00	\$60.00	N/A	N/A
TRIGLICÉRIDOS	\$70.00	\$60.00	N/A	N/A
UREA	\$30.00	\$25.00	50%	50%
URO CULTIVO	\$230.00	\$230.00	N/A	N/A
VDRL	\$70.00	\$55.00	N/A	N/A
AC. ANTI DNA NATIVO	\$330.00	\$300.00	N/A	N/A
AC. ANTI DNA NATIVO DOBLE CADENA	\$480.00	\$460.00	N/A	N/A



- Anexo del listado Cuotas de Recuperación, de conformidad con el “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF” (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDENCIAL DEL INAPAM/DISCAPACIDAD	
	DIF TLAXCALAPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF TLAXCALAPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
AC.ANTICITOMEGALOVIRUS IgM	\$320.00	\$300.00	N/A	N/A
AC.ANTIHEPATITIS "A" TOTAL	\$480.00	\$460.00	N/A	N/A
AC.ANTISARAMPION IgG	\$480.00	\$460.00	N/A	N/A
AC.ANTI HIV (PRESUNTIVA) (VIH)	\$250.00	\$230.00	N/A	N/A
AC.ANTI SM	\$350.00	\$330.00	N/A	N/A
AC.ANTI SSA (RO)	\$350.00	\$330.00	N/A	N/A
AC.ANTI SSB (LA)	\$350.00	\$330.00	N/A	N/A
AC.ANTI TIRO GLORULINA	\$335.00	\$300.00	N/A	N/A
AC.ANTI-ANTIGENO DE SUPERFICIE HEP "B"	\$400.00	\$370.00	N/A	N/A
AC.ANTIANTIGENO "E" HEP B	\$450.00	\$430.00	N/A	N/A
AC.ANTICARDIOLIPINA IgM	\$440.00	\$410.00	N/A	N/A
AC.ANTICARDIOLIPINA IgG	\$450.00	\$430.00	N/A	N/A
AC.ANTICARDIOLIPINA IgG e IgM	\$850.00	\$820.00	N/A	N/A
AC. ANTI CISTICERCO	\$830.00	\$800.00	N/A	N/A
AC.ANTICITOMEGALOVIRUS IgG	\$350.00	\$320.00	N/A	N/A
AC.ANTIENTAMOEBIA HISTOLYTICA	\$400.00	\$380.00	N/A	N/A
AC.ANTIHELICOBACTER PILORY (IgM)	\$425.00	\$370.00	N/A	N/A
AC.ANTIHELICOBACTER PILORY (IgG)	\$425.00	\$370.00	N/A	N/A
AC.ANTIHERPES I IgG	\$425.00	\$410.00	N/A	N/A
AC.ANTIHERPES I IgM	\$425.00	\$410.00	N/A	N/A
AC.ANTIHERPES II IgG	\$425.00	\$410.00	N/A	N/A
AC.ANTIHERPES II IgM	\$425.00	\$410.00	N/A	N/A
AC. HETEROFILOS	\$400.00	\$380.00	N/A	N/A
AC.ANTINUCLIEARES	\$400.00	\$360.00	N/A	N/A
AC.ANTIPEROXIDASA	\$450.00	\$410.00	N/A	N/A
AC.ANTIRRUBEOLA IgG	\$320.00	\$280.00	N/A	N/A
AC.ANTIRRUBFOIA IgM	\$320.00	\$280.00	N/A	N/A
AC.ANTI-SCL-70 (ESCLERODERMA)	\$600.00	\$575.00	N/A	N/A
AC.ANTITIROGLOBULINA Y PEROXIDASA	\$800.00	\$550.00	N/A	N/A
AC.ANTITOXOPLASMA IgG	\$350.00	\$330.00	N/A	N/A





- Anexo del listado Cuotas de Recuperación, de conformidad con el “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF” (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDENCIAL DEL INAPAM/DISCAPACIDAD	
	DIF TLAXNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF TLAXNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
AC.ANTITOXOPLASMA IgM	\$350.00	\$330.00	N/A	N/A
AC.ANTITREPCNEMA PALLIUM (FTA)	\$630.00	\$580.00	N/A	N/A
AC.ANTIVARICELA ZOSTER IgG	\$760.00	\$730.00	N/A	N/A
AC.VALPROICO (VALPROATO, ATEMPERATOR)	\$390.00	\$370.00	N/A	N/A
AC.VANILIL MANDELICO EN ORINA DE 24 HORAS	\$1,050.00	\$1,030.00	N/A	N/A
AC.ANTIHEPATITIS "A" IgM	\$450.00	\$430.00	N/A	N/A
AC.ANTIROG. OBULINA CUANTITATIVOS	\$400.00	\$350.00	N/A	N/A
AC. TOTAL ES ANTI SARS CoV 2 pos vacuna o pst infección	\$450.00	\$440.00	N/A	N/A
ACIDO FÓLICO	\$340.00	\$320.00	N/A	N/A
ACTH (HORMONA ADRENO CORTICC TROPICA)	\$430.00	\$400.00	N/A	N/A
AG."E" HEPATITIS E (Hbe Ag)	\$435.00	\$380.00	N/A	N/A
AG.CHLAMIDIA TRÁCHOMATIS ENDO	\$550.00	\$520.00	N/A	N/A
AG.DE SUPERFICIE HEPATITIS B	\$350.00	\$320.00	N/A	N/A
AG.ESPECIFICO DE PROSTATA Y FRACCIÓN LIBRE	\$495.00	\$430.00	N/A	N/A
AG. CARCINOEMBRIONARIO (ACF)	\$350.00	\$320.00	N/A	N/A
AG. PROSTÁTICO ESPECIFICO FRACCIÓN LIBRE	\$365.00	\$320.00	N/A	N/A
AG. PROSTÁTICO ESPECIFICO (APE, PSA)	\$190.00	\$180.00	N/A	N/A
ALCOHOL ETÍLICO EN ORINA	\$400.00	\$350.00	N/A	N/A
ALDOLASA	\$750.00	\$700.00	N/A	N/A
ALDOSTERONA	\$850.00	\$830.00	N/A	N/A
ALÉRGENOS ALIMENTICIOS (TRES DE LA LISTA)	\$550.00	\$520.00	N/A	N/A
ALÉRGENOS RESPIRATORIOS (TRES DE LA LISTA)	\$550.00	\$520.00	N/A	N/A
ALFA 2 MACRO GLOBINA	\$500.00	\$480.00	N/A	N/A
ALFAFETOPROTEINA (AFP)	\$350.00	\$320.00	N/A	N/A
17 ALFAHIDROXIPROGESTERONA	\$400.00	\$380.00	N/A	N/A
17 ALFAHIDROXIPROGESTERONA NEONATAL	\$420.00	\$400.00	N/A	N/A
17 CETOSTEROIDES EN ORINA 24 HORAS	\$1,350.00	\$1,300.00	N/A	N/A



- Anexo del listado Cuotas de Recuperación, de conformidad con el “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF” (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDENCIAL DEL INAPAM/DISCAPACIDAD	
	DIF TLAXCALA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF TLAXCALA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
AMILASA	\$170.00	\$150.00	N/A	N/A
AMONIO	\$350.00	\$320.00	N/A	N/A
ANDROSTENEDONA (ANDRÓGENOS)	\$450.00	\$420.00	N/A	N/A
ANTICUERPOS HEPATITIS "C"	\$350.00	\$320.00	N/A	N/A
APOLIPOPROTEINA A1	\$330.00	\$310.00	N/A	N/A
APOLIPOPROTEINA B	\$330.00	\$310.00	N/A	N/A
AZUCARES REDUCTORES	\$170.00	\$150.00	N/A	N/A
BAAR EN EXPECTORACIÓN	\$250.00	\$220.00	N/A	N/A
BACILOSCOPIA EN ORINA	\$250.00	\$220.00	N/A	N/A
BICARBONATO EN SUERO	\$250.00	\$220.00	N/A	N/A
C-3 COMPLETO	\$280.00	\$250.00	N/A	N/A
C-4 COMPLETO	\$280.00	\$250.00	N/A	N/A
CA 27- 29 (PULMÓN)	\$600.00	\$550.00	N/A	N/A
CA 125 (OVARIO)	\$350.00	\$320.00	N/A	N/A
CA 15- 3 (MAMA)	\$350.00	\$320.00	N/A	N/A
CA 19- 9 (COLON Y PÁNCREAS)	\$350.00	\$320.00	N/A	N/A
CA 72- 4 (ESTÓMAGO)	\$450.00	\$420.00	N/A	N/A
CALCITONINA (TIROCALCITONINA)	\$1,350.00	\$1,320.00	N/A	N/A
CANABINOIDES	\$280.00	\$250.00	N/A	N/A
CAPTACIÓN DE HIERRO	\$250.00	\$220.00	N/A	N/A
CARBAMAZEPINA (TEGRETOL)	\$380.00	\$340.00	N/A	N/A
CATECOLAMINAS EN ORINA	\$1,650.00	\$1,600.00	N/A	N/A
CÉLULAS L.E.	\$250.00	\$220.00	N/A	N/A
CISTATINA	\$500.00	\$450.00	N/A	N/A
CK	\$250.00	\$220.00	N/A	N/A
CK TOTAL Y FRACCIÓN MB	\$350.00	\$300.00	N/A	N/A
COLORO	\$140.00	\$120.00	N/A	N/A
COLORO EN ORINA 24 HORAS	\$250.00	\$240.00	N/A	N/A
COCAINA	\$280.00	\$250.00	N/A	N/A





- Anexo del listado Cuotas de Recuperación, de conformidad con el “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF” (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDENCIAL DEL INAPAM/DISCAPACIDAD	
	DIF TLALNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF TLALNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50 %	\$485.00	\$425.00	N/A	N/A
COOMBS DIRECTO	\$350.00	\$330.00	N/A	N/A
COOMBS INDIRECTO	\$350.00	\$330.00	N/A	N/A
CORTISOL EN ORINA DE 24 HORAS	\$290.00	\$270.00	N/A	N/A
CORTISOL SÉRICO	\$250.00	\$230.00	N/A	N/A
CUÁDRUPLE MARCADOR (AFP, NHINA ESTIROL, GCH)	\$1,900.00	\$1,800.00	N/A	N/A
CULTIVO DE MICOBACTERIUM EN ORINA	\$1,600.00	\$1,550.00	N/A	N/A
CULTIVO DE MYCOPLASMA	\$650.00	\$600.00	N/A	N/A
DETECCIÓN DE VIRUS DE INFLUENZA A Y B	\$900.00	\$850.00	N/A	N/A
DETECCIÓN DE SARS COV 2 RNA (POR PCR)	\$2,250.00	\$2,200.00	N/A	N/A
DEHIDRO EPIANDOSTERONA (DHEA)	\$400.00	\$370.00	N/A	N/A
DEHIDRO EPIANDOSTERONA (DHEASO4)	\$420.00	\$380.00	N/A	N/A
DETERMINACIÓN DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS	\$590.00	\$550.00	N/A	N/A
DESOXIPIRIDINOLINA EN ORINA	\$3,500.00	\$3,300.00	N/A	N/A
DIGOXINA (LONOXIN)	\$750.00	\$700.00	N/A	N/A
DIMERO "D"	\$880.00	\$765.00	N/A	N/A
ELECTROLITOS SÉRICOS (Na, K, Cl)	\$260.00	\$225.00	N/A	N/A
ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEÍNAS	\$550.00	\$500.00	N/A	N/A
ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS	\$590.00	\$570.00	N/A	N/A
ELECTROLITOS EN ORINA DE 24 HRS	\$270.00	\$250.00	N/A	N/A
ELECTROLITOS SÉRICOS CON BICARBONATO	\$270.00	\$250.00	N/A	N/A
ENZIMAS CARDIACAS (CK, CKTOTAL, MB DHL, TGO)	\$630.00	\$610.00	N/A	N/A
ESPERMATOBIOSCOPIA	\$420.00	\$410.00	N/A	N/A
ESTRADIOL	\$250.00	\$230.00	N/A	N/A
ESTRÓGENOS TOTALES (E2)	\$290.00	\$270.00	N/A	N/A



- Anexo del listado Cuotas de Recuperación, de conformidad con el “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF” (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDENCIAL DEL INAPAM/DISCAPACIDAD	
	DIF Tlalnepantla DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF Tlalnepantla DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
ESTUDIO QUÍMICO DE CALCULO URINARIO	\$600.00	\$550.00	N/A	N/A
EXAMEN BACTERIOLOGICO DE AGUA	\$580.00	\$550.00	N/A	N/A
FENITOINA (DILANTIN)	\$400.00	\$330.00	N/A	N/A
FENOBARBITAL	\$450.00	\$430.00	N/A	N/A
FERRITINA	\$380.00	\$350.00	N/A	N/A
FIBRÓGENO	\$290.00	\$270.00	N/A	N/A
FOSFATASA ACIDA PROSTÁTICA (F. PROSTÁTICA)	\$290.00	\$270.00	N/A	N/A
FOSFATASA ACIDA TOTAL	\$295.00	\$275.00	N/A	N/A
FOSFOLÍPIDOS	\$380.00	\$350.00	N/A	N/A
FOSFORO (P)	\$140.00	\$130.00	N/A	N/A
FRACCIÓN BETA (MARCADOR TUMORAL)	\$440.00	\$420.00	N/A	N/A
FRACCIÓN BETA HCG CUANTITATIVA	\$270.00	\$250.00	N/A	N/A
GAMA GLUTAMIL TRANSFERASA	\$185.00	\$160.00	N/A	N/A
GASES VENOSOS	\$760.00	\$730.00	N/A	N/A
GONADOTROFINAS HIPOFISIARIAS (LH Y FSH)	\$470.00	\$450.00	N/A	N/A
HAPTOGLOBINA	\$380.00	\$350.00	N/A	N/A
HELICOBACTER PILORY PRUEBA DEL ALIENTO	\$1,050.00	\$1,000.00	N/A	N/A
HIERRO SERICO	\$140.00	\$125.00	N/A	N/A
HOMOCISTEINA CUANTITATIVA	\$1,300.00	\$1,275.00	N/A	N/A
HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA	\$380.00	\$370.00	N/A	N/A
HORMONA DE CRECIMIENTO (HGH)	\$340.00	\$320.00	N/A	N/A
HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES (TSH)	\$250.00	\$230.00	N/A	N/A
HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE (HFE, FSH)	\$250.00	\$230.00	N/A	N/A
HORMONA LUTEINIZANTE (HL)	\$250.00	\$230.00	N/A	N/A
HORMONA PARATIROIDEA (PARATHORMONA)	\$600.00	\$550.00	N/A	N/A
INDICE DE TROXINA LIBRE (ITL) (TZ)	\$305.00	\$206.00	N/A	N/A





- Anexo del listado Cuotas de Recuperación, de conformidad con el “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF” (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDENCIAL DEL INAPAM/DISCAPACIDAD	
	DIF TLAXTEPEC DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF TLAXTEPEC DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
INMUNOGLOBULINA A IgA	\$270.00	\$250.00	N/A	N/A
INMUNOGLOBULINA D IgD	\$1,270.00	\$1,240.00	N/A	N/A
INMUNOGLOBULINA E IgE	\$270.00	\$250.00	N/A	N/A
INMUNOGLOBULINA G IgG	\$270.00	\$250.00	N/A	N/A
INMUNOGLOBULINA M IgM	\$270.00	\$250.00	N/A	N/A
INSULINA	\$235.00	\$215.00	N/A	N/A
LIPASA	\$230.00	\$210.00	N/A	N/A
LITIO	\$340.00	\$320.00	N/A	N/A
MAGNESIO (Mg)	\$250.00	\$220.00	N/A	N/A
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS POR PCR EN ORINA	\$2,650.00	\$2,590.00	N/A	N/A
MICROALBUMINURIA EN ORINA 24 HORAS	\$250.00	\$230.00	N/A	N/A
n-TELOPEPTIDO EN ORINA	\$3,700.00	\$3,600.00	N/A	N/A
OSTEOCALCINA	\$870.00	\$850.00	N/A	N/A
PEPTIDO "C"	\$550.00	\$520.00	N/A	N/A
PERFIL DE DIABETES (HB, GLICO, INSU, PEP "C", GLU)	\$800.00	\$780.00	N/A	N/A
PLASMA RECALCIFICADO	\$450.00	\$425.00	N/A	N/A
PLOMO EN PERSONAS NO EXPUESTAS	\$470.00	\$450.00	N/A	N/A
PLOMO EN SANGRE PERSONAS EXPUESTAS	\$500.00	\$470.00	N/A	N/A
POTASIO (K)	\$140.00	\$120.00	N/A	N/A
PROGESTERONA	\$250.00	\$230.00	N/A	N/A
PROLACTINA	\$250.00	\$230.00	N/A	N/A
PROTEINA "C" REACTIVA ULTRASENSIBLE	\$450.00	\$430.00	N/A	N/A
RENINA	\$1,200.00	\$1,150.00	N/A	N/A
ROSA DE BENGALA (BRU/CELLA)	\$290.00	\$270.00	N/A	N/A
ROTAVIRUS EN HECES (INVESTIGACION)	\$620.00	\$600.00	N/A	N/A
SODIO (Na)	\$140.00	\$120.00	N/A	N/A
SOMATOMEDINA	\$480.00	\$460.00	N/A	N/A
TESTOSTERONA LIBRE	\$390.00	\$370.00	N/A	N/A
TESTOSTERONA TOTAL	\$250.00	\$230.00	N/A	N/A



- Anexo del listado Cuotas de Recuperación, de conformidad con el “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF” (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDENCIAL DEL INAPAM/DISCAPACIDAD	
	DIF TLALNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF TLALNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
TESTOSTERONA LIBRE Y TOTAL	\$540.00	\$510.00	N/A	N/A
TIEMPO DE TROMBINA T.T.	\$265.00	\$240.00	N/A	N/A
TIROGLOBULINA	\$280.00	\$260.00	N/A	N/A
TIROXINA (T4 TOTAL)	\$250.00	\$230.00	N/A	N/A
TIROXINA LIBRE (T4 LIBRE)	\$250.00	\$230.00	N/A	N/A
TRIPLE MARCADOR (AFP, ESTRIOL, GCH)	\$1,500.00	\$1,400.00	N/A	N/A
VITAMINA B12	\$480.00	\$460.00	N/A	N/A
VITAMINA D (25 HIDROXI)	\$590.00	\$570.00	N/A	N/A
YODO PROTEICO	\$250.00	\$230.00	N/A	N/A
BIOPSIA POR ASPIRACION DE GANGLIO	\$450.00	\$450.00	N/A	N/A
BIOPSIA ESOFAGO	\$450.00	\$450.00	N/A	N/A
BIOPSIA UNION GASTRICA	\$460.00	\$460.00	N/A	N/A
BIOPSIA CUERPO GASTRICO	\$460.00	\$460.00	N/A	N/A
BIOPSIA FONDO GASTRICO	\$460.00	\$460.00	N/A	N/A
BIOPSIA DE ANTRÓ GASTRICO	\$460.00	\$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 CONC O AÑA 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	\$315.00	\$315.00	N/A	N/A
CITOLOGIA DE MEATO URINARIO	\$315.00	\$315.00	N/A	N/A
CITOLOGIA URINARIA	\$315.00	\$315.00	N/A	N/A
CITOLOGIA URINARIA 3 MUESTRAS	\$750.00	\$750.00	N/A	N/A
CITOLOGIA SECRECIÓN MAMA 1 MUESTRA	\$175.00	\$165.00	N/A	N/A
CITOLOGIA SECRECIÓN MAMA 2 MUESTRAS	\$315.00	\$315.00	N/A	N/A
CITOLOGIA LIQUIDO DE ASCITIS	\$315.00	\$315.00	N/A	N/A





- Anexo del listado Cuotas de Recuperación, de conformidad con el “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF” (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDENCIAL DEL INAPAM/ DISCAPACIDAD	
	DIF TLALNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF TLALNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
CITOLOGÍA GENERAL DE LIQUIDO SINOVIAL	\$315.00	\$315.00	N/A	N/A
ENDOMETRIO	\$680.00	\$680.00	N/A	N/A
HISTOPATOLOGICO DE AMIGDALAS	\$600.00	\$600.00	N/A	N/A
HISTOPATOLOGICO APENDICE	\$600.00	\$600.00	N/A	N/A
HISTOPATOLOGICO DE VESICULA	\$600.00	\$600.00	N/A	N/A
LEGRADO UTERINO	\$600.00	\$600.00	N/A	N/A
LIPOMAS	\$600.00	\$600.00	N/A	N/A
NEVOS DE PIEL GENITAL	\$600.00	\$600.00	N/A	N/A
UTERO	\$1,250.00	\$1,200.00	N/A	N/A
UTERO CON ANEXOS	\$1,500.00	\$1,400.00	N/A	N/A
PAPANICOLAU SANTA MÓNICA	\$150.00	N/A	N/A	N/A
PAPANICOLAU CENTROS PERIFERICOS ZONA ORIENTE	N/A	\$70.00	N/A	N/A
PAPANICOLAU CENTROS PERIFERICOS ZONA PONIENTE	\$90.00	N/A	N/A	N/A
PAPANICOLAU EN BASE LIQUIDA	\$490.00	\$470.00	N/A	N/A
TIPIFICACION V.P.H. Y PAP EN BASE LIQUIDA	\$1,650.00	\$1,500.00	N/A	N/A
QUIMICA SANGUINEA 7 ELEMENTOS (Q. S. P. TOTAL FS)	\$180.00	\$165.00	N/A	N/A
QUIMICA SANGUINEA 8 ELEMENTOS (Q. S. P. TOTALES, ALBUMINA)	\$195.00	\$190.00	N/A	N/A
QUIMICA SANGUINEA 9 ELEMENTOS (Q. S. P. TOTALES, ALBUMINA, GLOBULINAS)	\$200.00	\$155.00	N/A	N/A
QUIMICA SANGUINEA 10 ELEMENTOS (Q. S. P. TOTALES, ALBUMINA, REL. AVG. CALCIO)	\$220.00	\$205.00	N/A	N/A
QUIMICA SANGUINEA 11 ELEMENTOS (Q. S. P. TOTALES, ALBUMINA, REL. AVG. CALCIO TCP)	\$230.00	\$215.00	N/A	N/A
PERFIL BIOQUIMICO 12 ELEMENTOS (GLUC, UREA, CREAT. AC. URICO, COLESTEROL, TRI GLIC, CALCIO, ALBUMINA, LDH, F. ALCALINA, TGO, BIL. T.)	\$250.00	\$230.00	N/A	N/A
PERFIL BIOQUIMICO 14 ELEMENTOS (GLUC, UREA, CREAT. AC. URICO, COLESTEROL, TRI GLIC, CALCIO, ALBUMINA, LDH, F. ALCALINA, TGO, BIL. T. BD, BI)	\$300.00	\$285.00	N/A	N/A





- Anexo del listado Cuotas de Recuperación, de conformidad con el “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF” (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDENCIAL DEL INAPAM/DISCAPACIDAD	
	DIF TLAXNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF TLAXNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
PERFIL BIOQUIMICO 16 ELEMENTOS (GLUC,UREA, CREAT, AC.URICO,COLESTEROL,TRIGLIC,CA LCIO, P. TOTALES, ALBUMINA, GLOBULINA, LDH,F, ALCALINA,TGO,BIL.T. BD, BI)	\$330.00	\$310.00	N/A	N/A
PERFIL BIOQUIMICO 18 ELEMENTOS (GLUC,UREA, CREAT, AC.URICO,COLESTEROL,TRIGLIC,CA LCIO, P. TOTALES, ALBUMINA, GLOBULINA, REL A/G, LDH,F, ALCALINA,TGO,BIL.T. BD, BI, TGP)	\$360.00	\$340.00	N/A	N/A
PERFIL BIOQUIMICO 19 ELEMENTOS (GLUC,UREA, CREAT, AC.URICO,COLESTEROL,TRIGLIC,CA LCIO, P. TOTALES, ALBUMINA, GLOBULINA, REL A/G, LDH,F, ALCALINA,TGO,BIL.T. BD, BI, TGP, BUN)	\$390.00	\$370.00	N/A	N/A
PERFIL BIOQUIMICO 20 ELEMENTOS (GLUC,UREA, CREAT, AC.URICO,COLESTEROL,TRIGLIC,CA LCIO, P. TOTALES, ALBUMINA, GLOBULINA, REL A/G, LDH,F, ALCALINA,TGO,BIL.T. BD, BI, TGP, REL BUN/CREAT., BUN)	\$400.00	\$370.00	N/A	N/A
PERFIL BIOQUIMICO 24 ELEMENTOS (GLUC,UREA, CREAT, AC.URICO,COLESTEROL,TRIGLIC,CA LCIO, P. TOTALES, ALBUMINA, GLOBULINA, REL A/G, LDH,F, ALCALINA,TGO,BIL.T. BD, BI, TGP, GGT, REL BUN/CREAT., BUN, HDL COL, LDL COL., IND:ATEROGENICO)	\$420.00	\$390.00	N/A	N/A
PERFIL BIOQUIMICO 27 ELEMENTOS (GLUC,UREA, CREAT, AC.URICO,COLESTEROL,TRIGLIC,CA LCIO, P. TOTALES, ALBUMINA, GLOBULINA, REL A/G, LDH,F, ALCALINA,TGO,BIL.T. BD, BI, TGP, GGT, REL BUN/CREAT., BUN, HDL COL, LDL COL., IND:ATEROGENICO SODIO, POTASIO, CLORO)	\$445.00	\$420.00	N/A	N/A



- Anexo del listado Cuotas de Recuperación, de conformidad con el “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF” (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDENCIAL DEL INAPAM/DISCAPACIDAD	
	DIF TLALNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF TLALNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
PERFIL BIOQUIMICO 29 ELEMENTOS (GLUC, UREA, CREAT, AC, URICO, COLESTEROL, TRIGLIC, CALCIO, P. TOTALES, ALBUMINA, GLOBULINA, REL A/G, LDH, F, ALCALINA, TGO, BIL.T. BD, BI, TGP, GGT, REL BUN/CREAT., BUN, HDL COL, LDL COL., IND. ATEROGENICO SODIO, POTASIO, CLORO, COL NO HDL, HIERRO)	\$460.00	\$440.00	N/A	N/A
PERFIL BIOQUIMICO 30 ELEMENTOS (GLUC, UREA, CREAT, AC, URICO, COLESTEROL, TRIGLIC, CALCIO, P. TOTALES, ALBUMINA, GLOBULINA, REL A/G, LDH, F, ALCALINA, TGO, BIL.T. BD, BI, TGP, GGT, REL BUN/CREAT., BUN, HDL COL, LDL COL., IND. ATEROGENICO SODIO, POTASIO, CLORO, COL NO HDL, HIERRO, AMILASA)	\$480.00	\$460.00	N/A	N/A
PERFIL BIOQUIMICO 32 ELEMENTOS (GLUC, UREA, CREAT, AC, URICO, COLESTEROL, TRIGLIC, CALCIO, P. TOTALES, ALBUMINA, GLOBULINA, REL A/G, LDH, F, ALCALINA, TGO, BIL.T. BD, BI, TGP, GGT, REL BUN/CREAT., BUN, HDL COL, LDL COL., IND. ATEROGENICO SODIO, POTASIO, CLORO, COL NO HDL, HIERRO, AMILASA FOSFORO, LIPASA)	\$500.00	\$480.00	N/A	N/A
QUIMICA 35 ELEMENTOS (GLUC, UREA, BUN, CREAT, REL. CREAT, BUN, AC URICO, COL, TRIG HDL, LDL, VLDL, COL NO HDL, IND. ATEROGENIC, P TOTALES ALB, GLOB, REL A/G, BT;BD, BI, TGO, TGP, F ALC, GGT, LDH, HIERRO CAP, HIERRO, % SATURACION, CALCIO, FOSFORO, MAGNESIO SODIO, POTASIO CLORO, IgA, IgG, IgM, PCR ULTRASENSIBLE)	\$550.00	\$550.00	N/A	N/A





- Anexo del listado Cuotas de Recuperación, de conformidad con el “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF” (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDENCIAL DEL INAPAM/DISCAPACIDAD	
	DIF TLALNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF TLALNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
QUIMICA 45 ELEMENTOS (GLUC UREA BUN, CREAT, REL. CREAT /BUN, AC URICO, COL, TRIG HDL, LDL, VLDL, COL NO-HDL, IND ATROGFNIC, P TOTALES ALB, GLOB, REL A/G, BT, BD, BT, BI, TGO, TGP, F ALC, GGT, LDH, HIERRO CAP, HIERRO, % SATURACION, CALCIO, FOSFORO, MAGNESIO SODIO, POTASIO CLORO, IgA, IgG, IgM, PCR ULTRASENSIBLE	\$520.00	\$800.00	N/A	N/A
CHECK UP BASICO BH BH, Q 27, EGO	\$490.00	\$485.00	N/A	N/A
CHECK UP I BH, Q 35 ELEMENTOS, EGO	\$580.00	\$580.00	N/A	N/A
CHECK UP II BH, Q 45 ELEMENTOS, EGO	\$850.00	\$830.00	N/A	N/A
PERFIL DE LA MUJER BASICO (GLUCOSA, COL, TRIG, EGO, PAPANICOLAOU)	\$320.00	\$320.00	N/A	N/A
PERFIL DE LA MUJER I (GLUC, CULT VAGINAL, PAPANICOLAOU)	\$420.00	\$380.00	N/A	N/A
PERFIL DE LA MUJER II (BH, Q6 EGO, P GINECOLOGICO, Y PAPANICOLAOU)	\$750.00	\$680.00	N/A	N/A
PERFIL MASCULINO BASICO (GLUC, COL, TRIG Y ANTIGENO PROSTATICO)	\$350.00	\$310.00	N/A	N/A
PERFIL MASCULINO I (BH, Q 27 ,EGO ANTIGENO PROSTATICO)	\$850.00	\$820.00	N/A	N/A
PERFIL DE ALERGIAS 6 ALERGENOS (CUALQUIERA DE LA LISTA: ALIMENTOS Y RESPIRATORIOS)	\$1,050.00	\$1,000.00	N/A	N/A
PERFIL DE ANDROGENOS (17-A-OH-PROGESTERONA, ANDROSTENEIDONA, CORTISOL, DHEA, TESTOSTERONA)	\$1,250.00	\$1,200.00	N/A	N/A
PERFIL DE ANEMIAS (AC. FOLICO, FERRITINA, FIJACION DE HIERRO, TRANSFERRINA, VITAMINA B 12 ANT BLOQUEADOR DE FACTOR INTRINSECO)	\$2,700.00	\$2,650.00	N/A	N/A





- Anexo del listado Cuotas de Recuperación, de conformidad con el “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF” (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESGUETO CON CREDENCIAL DEL INAFAM/DISCAPACIDAD	
	DIF TLALNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF TLALNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
PERFIL DE ANTINUCLEARES(AC ANTINUCLEARES RNP,ANTI SM,SSA,SSB)	\$2,800.00	\$2,750.00	N/A	N/A
PERFIL DE COAGULACIÓN I TP, TPT, FIBRINOGENO	\$420.00	\$400.00	N/A	N/A
PERFIL DECOAGULACIÓN II TP TPT, FIBRINOGENO, TIEMPO DE TROMBINA	\$500.00	\$580.00	N/A	N/A
PERFIL DE HEPATITIS 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 HEPATITIS ABC AC IGM A HEPATITIS A ANTIGENO DE SUPERFICIE DE HEPATITIS B AC VIRUS HEPATITIS C	\$1,100.00	\$1,050.00	N/A	N/A
PERFIL DE HEPATITIS I " A " AC.HEPATITIS TOTALES "A", AC.HEPATITIS "A" IgM	\$1,050.00	\$1,000.00	N/A	N/A
PERFIL DE HEPATITIS II (HEP "B") ANTIGENO DE SUPERFICIE DE HEPATITIS "B", AC IgG CORE DE HEPATITIS " B", AC ANTIANTIGENO "E " DE HEPATITIS "B", ANTIGENO "E " HEPATITIS "B"	\$1,300.00	\$1,250.00	N/A	N/A
PERFIL DE HEPATITIS III	\$1,400.00	\$1,350.00	N/A	N/A
PERFIL DE HIERRO CON FERRITINA Y TRANSFERRINA HIERRO SERICO, CAPTACION DE HIERRO TRANSFERRINA Y FERRITINA	\$1,250.00	\$1,200.00	N/A	N/A
PERFIL DE HIERRO HIERRO SERICO CAPTACIÓN DE HIERRO, % DE SATURACIÓN	\$350.00	\$330.00	N/A	N/A

20

Nuevo Gobierno. *Nuevas Ideas*

335





- Anexo del listado Cuotas de Recuperación, de conformidad con el “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF” (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDENCIAL DEL INAPAM/DISCAPACIDAD	
	DIF TLAXCALA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF TLAXCALA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
PERFIL HIPERANDROGENISMO CORTISOL, 17 ALFAHIDROXIPROGESTERONA, ACTH, ALDOSTERONA	\$1,800.00	\$1,750.00	N/A	N/A
PERFIL SUPRARENAL ANDROSTENEIDONA, CORTISOL, LH, FSH, PROLACT, DEHIDROEPIANDOSTERONA, SULFATO, TESTOSTERONA LIBRE Y TOTAL	\$2,300.00	\$2,200.00	N/A	N/A
PERFIL DE HIRSUTISMO ANDROSTENEIDONA, CORTISOL, DHEPASC4, LH, TESTOSTERONA	\$1,850.00	\$1,800.00	N/A	N/A
PERFIL DE INMUNOGLOBULINAS (IgA, IgM, IgG, IgE)	\$1,350.00	\$1,300.00	N/A	N/A
PERFIL DE INMUNOGLOBULINAS (IgA, IgM, IgG)	\$800.00	\$800.00	N/A	N/A
PERFIL DE OSTEOPOROSIS I CALCIO EN ORINA/24 HORAS, CALCIO, DEPURACION DE CREATININA, FOSFATASA ALCALINA, OSTEOCALCINA EN SANGRE, DESOXIPIRIDINOLINA EN ORINA	\$3,550.00	\$3,500.00	N/A	N/A
PERFIL HORMONAL FEMENINO III GINECOLOGICO ESTRADIOL, HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE, HORMONA LUTEINIZANTE, PROGESTERONA, PROLACTINA, TESTOSTERONA TOTAL	\$520.00	\$500.00	N/A	N/A
PERFIL HIPOFISIARIO LH, FSH, PROLACTINA, HGH, TSH, ACTH	\$1,850.00	\$1,800.00	N/A	N/A
PERFIL HORMONAL FEMENINO I (ADOLESCENTE) ESTRADIOL, HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE, HORMONA LUTEINIZANTE	\$500.00	\$500.00	N/A	N/A



- Anexo del listado Cuotas de Recuperación, de conformidad con el “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF” (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDENCIAL DEL INAPAM/DISCAPACIDAD	
	DIF TLALNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF TLALNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
PERFIL HORMONAL FEMENINO III CON TIROIDEO ESTRADIOL HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE, HORMONA LUTEINIZANTE, PROGESTERONA, PROLACTINA, TESTOSTERONA TOTAL, CORTISOL P TIROIDEO	\$1,650.00	\$1,600.00	N/A	N/A
PERFIL HORMONAL MASCULINO I (ADOLESCENTE) HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE, HORMONA LUTEINIZANTE, TESTOSTERONA TOTAL	\$450.00	\$450.00	N/A	N/A
PERFIL HORMONAL MASCULINO II HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE, HORMONA LUTEINIZANTE, TESTOSTERONA TOTAL, DEHIDROEPIANDOSTERONA, ANDROSTENEIDONA	\$1,700.00	\$1,700.00	N/A	N/A
PERFIL HORMONAL MASCULINO III ESTRADIOL, HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE, HORMONA LUTEINIZANTE, PROGESTERONA, PROLACTINA, TESTOSTERONA TOTAL, P TIROIDEO	\$1,500.00	\$1,400.00	N/A	N/A
PERFIL NEONATAL (TAMIZ METABOLICO II) PERFIL DE AMINOACIDOS, FENILALANINA, HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES	\$600.00	\$550.00	N/A	N/A
PERFIL NEONATAL C/ AMINOACIDOS (TAMIZ MET II) PERFIL DE AMINOACIDO, T4 NEONATAL, FENILALANINA, HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES	\$700.00	\$650.00	N/A	N/A
PERFIL NEONATAL C/ AMINOACIDOS , 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 en el SMDIF” (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDENCIAL DEL INAPAM/ DISCAPACIDAD	
	DIF TLAXCALANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF TLAXCALANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
PERFIL NEONATAL AMPLIADO "TANDEM" P AMINOACIDOS, 17 HODROXI PROGESTERONA, HEMOGLOBINOPATIA NEONATAL, DESORDENES DEL METABOLISMO DE LOS CARBOHIDRATOS, INMUNOTRIPSINA, BIOTINIDASA, GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA, DESORDENES DE LA OXIDACION DE LOS ACIDOS GRASOS, DESORDENES DE LOS ACIDOS ORGANICOS, ETC	\$1,350.00	\$1,300.00	N/A	N/A
PERFIL PARATIROIDEO CALCIO EN ORINA 24 HORAS, CALCIO, FOSFATASA ALCALINA, FOSFORO EN ORINA 24 HORAS, FOSFORO, PARATHORMONA INTACTA	\$1,250.00	\$1,200.00	N/A	N/A
PERFIL PROSTATICO I AG. PROSTATICO, FOSFATAS ACIDA TOTAL Y PROSTATICA, FOSFATASA ALCALINA	\$700.00	\$650.00	N/A	N/A
PERFIL PROSTATICO II ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA, LIBRE, FOSFATASA ACIDA PROSTATICA, FOSFATASA ACIDA TOTAL, FOSFATASA ALCALINA	\$880.00	\$840.00	N/A	N/A
PERFIL TESTICULAR FSH, LH, PROLACTINA, TESTOSTERONA	\$520.00	\$500.00	N/A	N/A
PERFIL TIROIDEO I TRIODOTIROSINA (T3) TIROSINA TOTAL (T4), HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES	\$310.00	\$300.00	N/A	N/A
PERFIL TIROIDEO II MODIFICADO T3 TOTAL, T3 LIBRE, T4 TOTAL, T4 LIBRE, T3 Y T4 CAPTACION, TSH, INDICE DE TIROSINA LIBRE	\$600.00	\$600.00	N/A	N/A
PERFIL TIROIDEO III T3 TOTAL, T4 TOTAL, T4 LIBRE, T3 y T4 CAPTACION, IODO PROTEICO, INDICE DE TIROSINA LIBRE, TSH	\$600.00	\$600.00	N/A	N/A





- Anexo del listado Cuotas de Recuperación, de conformidad con el “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF” (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDENCIAL DEL INAPAM DISCAPACIDAD	
	DIF TLALNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF TLALNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
PERFIL TIROIDEO IV T 3 TOTAL, T 4 LIBRE, TSH	\$500.00	\$500.00	N/A	N/A
PERFIL TIROIDEO V T 3 CAPTACIÓN, T 3 TOTAL, T 4 TOTAL, IODO PROTEICO, INDICE DE TIROXINA LIBRE, TSH, AC ANTITIROGLOBULINA Y PEROXIDASA	\$1,250.00	\$1,200.00	N/A	N/A
PERFIL TIROIDEO VI TRIODOTIRONINA T 3, TSH, T 4 TOTAL, INDICE DE TIROXINA LIBRE, IODO PROTEICO	\$600.00	\$600.00	N/A	N/A
PERFIL TIROIDEO VII T 3 TOTAL, T 4 TOTAL, TSH, T3 LIBRE, T 4 LIBRE	\$650.00	\$550.00	N/A	N/A
PERFIL TIROIDEO VIII TRIODOTIRONINA T 3, T 4 TOTAL, T 3 Y T4 CAPTACIÓN, TSH, ANTICUERPOS ANTI PEROXIDASA Y TIROGLOBULINA	\$1,350.00	\$1,300.00	N/A	N/A
PERFIL TORCH I AC. ANTITOXOPLASMA IgM AC. ANTIRUBEOLA IgM AC. ATICITOMEGALOVIRUS IgM AC ANTIHERPES I IgM AC. ANTIHERPES II IgM	\$1,145.00	\$1,145.00	N/A	N/A
PERFIL TORCH II AC. ANTITOXOPLASMA IgG AC. ANTIRUBEOLA IgG AC. ATICITOMEGALOVIRUS IgG AC ANTIHERPES I IgG AC. ANTIHERPES II IgG	\$1,145.00	\$1,145.00	N/A	N/A

339





- Anexo del listado Cuotas de Recuperación, de conformidad con el “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF” (Estos precios pueden variar de acuerdo al Catálogo que esté vigente).
(Continuación)






SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDENCIAL DEL INAPAM/DISCAPACIDAD	
	DIF TLAXCALA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF TLAXCALA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
PERFIL TORCH III AC. ANTITOXOPLASMA IgM AC. ANTIRUBEOLA IgM AC. ATICITO MEGALOVIRUS IgM AC ANTIHERPES I IgM AC. ANTI-HERPES II IgM AC. ANTITOXOPLASMA IgG AC. ANTIRIINFOLIA IgG AC. ATICITO MEGALOVIRUS IgG AC ANTIHERPES I IgG AC. ANTI-HERPES II IgG	\$1,700.00	\$1,700.00	N/A	N/A
PAQUETE GUARDERIA GRUPO SANGUINEO COPROPARASITOSCOPICO 3 MUESTRAS CULTIVO EXUDADO FARINGEO	\$250.00	\$250.00	N/A	N/A

340





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Q.B.P. Ma. de Lourdes Camacho Morales	M.C. 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





3.8. 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/2023/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 enseñanza de las herramientas necesarias para afrontar la adicción de un miembro de la familia 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

Federal:

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ◆ Ley General de Salud.
- ◆ Ley de Asistencia Social.
- ◆ Ley General Para el Control de Tabaco.
- ◆ Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009.
- ◆ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.

Estatal:

- ◆ 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.

Municipal:

- ◆ Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

➤ 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.





Dirección de Salud, 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, 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 resguardo de los mismos.

Agendar las citas y canalizar a las personas usuarias que requieran una atención más especializada de acuerdo a sus necesidades; y elaborar los reportes mensuales de actividades de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones.

Psicólogos(os), 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 Terapia Psicológica en Adicciones, tanto a las personas usuarias consumidores como a sus familias; canalizar a las personas usuarias que requieran 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.

Cajero(a), deberá:

Recaudar la cuota de recuperación; emitir y entregar el recibo de pago a la persona usuaria.





Usuario(a) o familiar, deberán:

Pedir informes u orientación en 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:** 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:** Denominación dada a las drogas legales e ilegales.

➤ ACRÓNIMOS

- **DIFEM:** Sistema para el 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.
- Carnet de citas.
- Pruebas psicométricas.
- Formato de consentimiento informado.
- Formato de historia clínica.
- Hoja de evolución.
- Sello de la Jefatura de Departamento Atención a las Adicciones.

➤ RESULTADOS

Con las Terapias Psicológicas Especializadas en Adicciones brindadas a la población, se dan las 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, se brindará por la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones, con ubicación en dos sedes:
 1. Av. Convento de Sta. Mónica s/n, Hab. Jardines de Santa Mónica, Tlalnepantla de Baz; y
 2. 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 08:00 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 en 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 sí, 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 llega 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 dos 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 dos 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 seis 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.
- Al realizar el llenado del formato de “Orientación y Consejería Breve” se solicitará que las y los usuarios proporcionen sus datos generales:
 - ✓ CURP;
 - ✓ Nombre;
 - ✓ Edad; y
 - ✓ Teléfono.



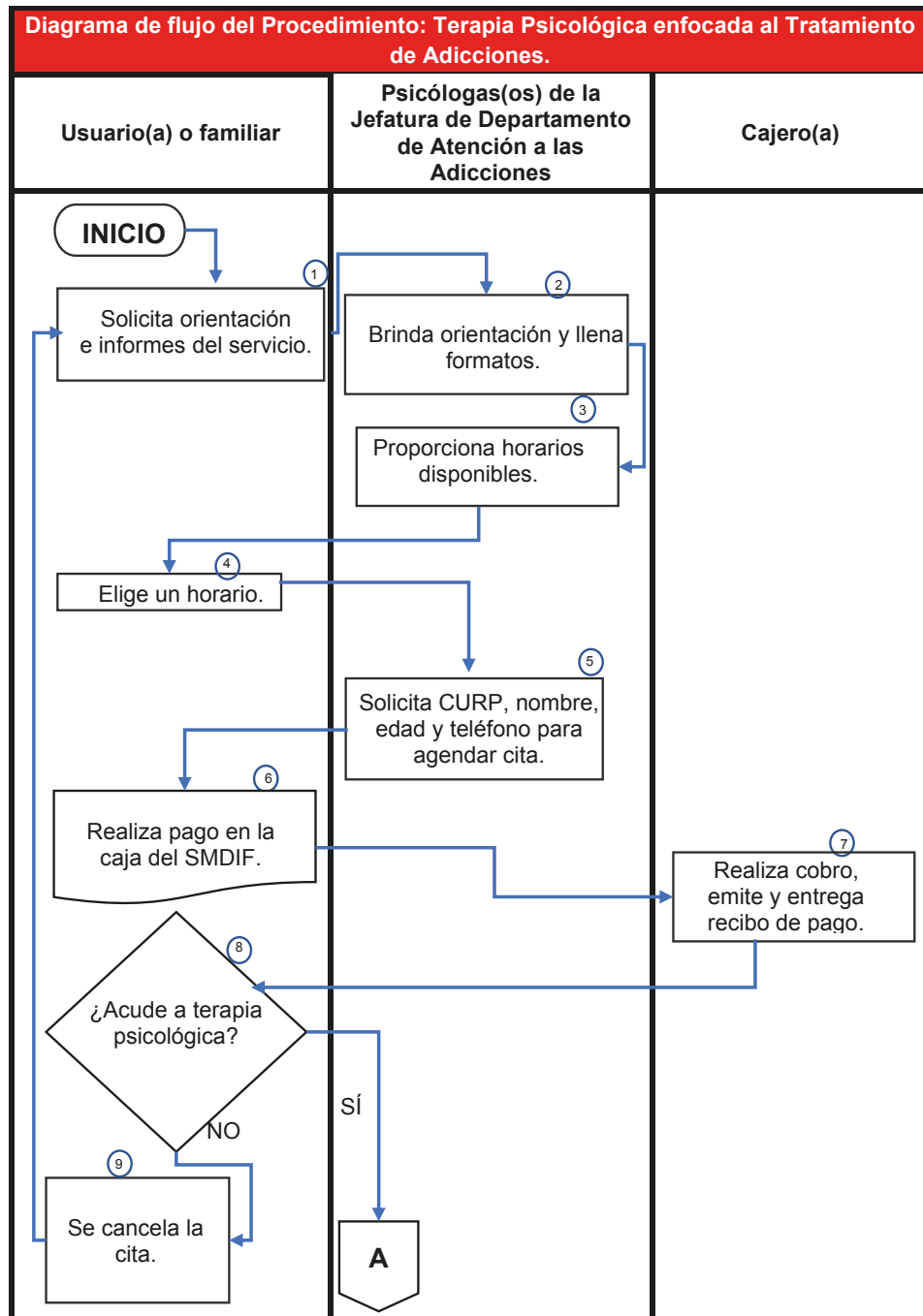


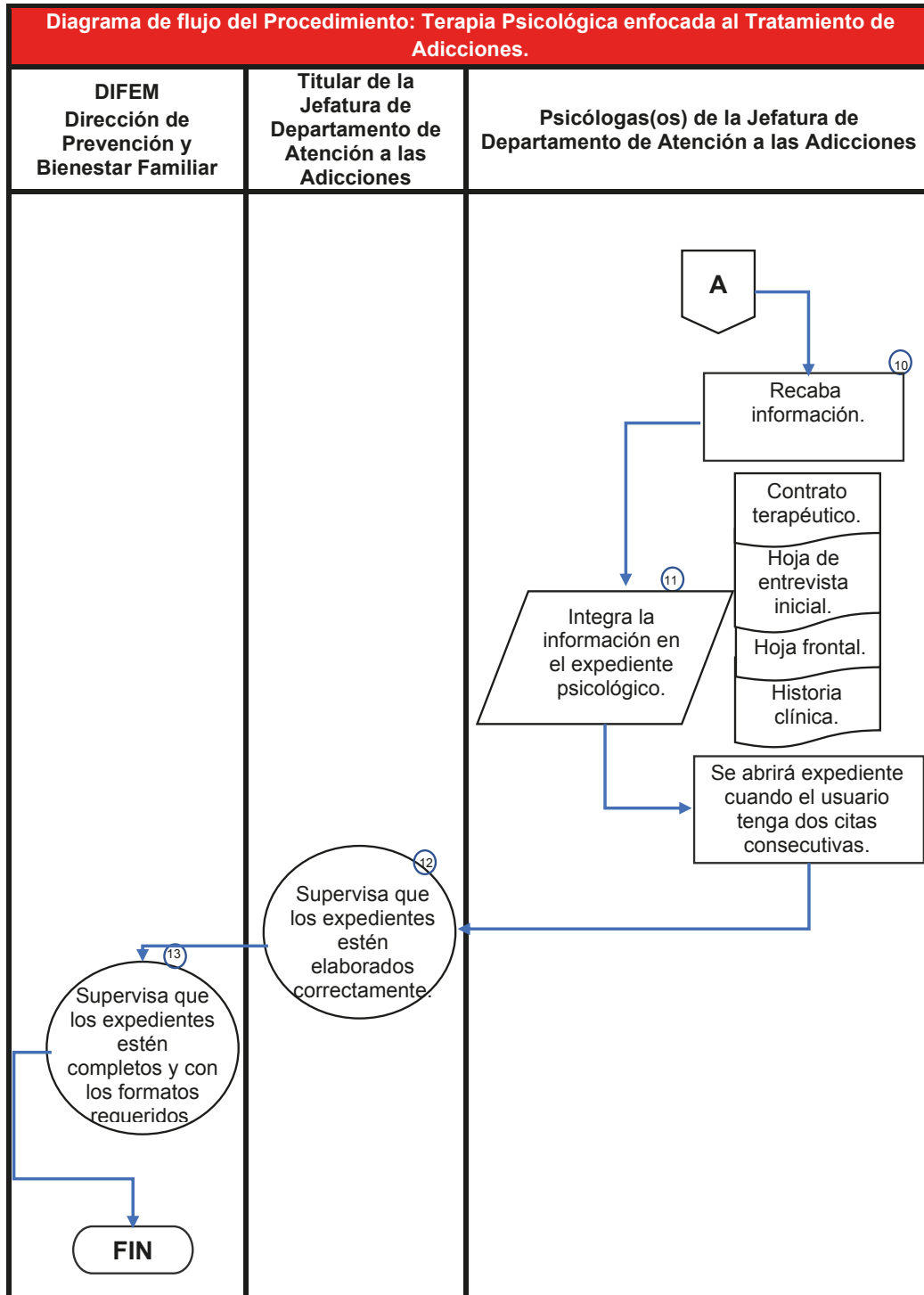
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

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 los siguientes datos: 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**









➤ **FORMATOS**

- **Formato para Agendar Cita**

		DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES		
Nombre del psicólogo/a:				
Centro:				
Usuario:				
CITA				
Fecha	Hora	Servicio	Firma	





▪ **Contrato Terapéutico**



"2023, Año del septuagésimo Aniversario del Reconocimiento del Derecho al Voto de las Mujeres en 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 dará automáticamente de baja del servicio solicitado. En caso de que quiera 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 correspondan.
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 6 sesiones seriadas.

Nombre y firma del Usuario.

Nombre y firma de la Psicóloga (o).





EL AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024



▪ Hoja de Evolución



EL AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024

DIRECCIÓN DE SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES



"2023, Año Del Septuagésimo Aniversario del Reconocimiento del Derecho al Voto de las Mujeres en México".

NOTA EVOLUTIVA

Fecha de sesión: _____
Horario de sesión: _____

Número de sesión: _____

SIN VALIDEZ OFICIAL

353

No. de expediente: _____

Responsable de brindar la atención: _____

Sistema Municipal DIF Tlalnepantla de Baz
Av. Convento de Santa Mónica s/n, esq.
Convento de San Fernando
C.P. 54050 Estado de México
Tel. 5553612115



Nuevo Gobierno, *Nuevas Ideas*

Atención vía WhatsApp: 56 3622 0000





▪ Hoja de Referencia



"2023. Año del Septuagésimo Aniversario del Reconocimiento del Derecho al Voto de las Mujeres en México"

Folio: _____

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.

PSICÓLOGO/A 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 Tlalnepantla de Baz Av.
Convento de Santa Mónica s/n, esq.
Convento de San Fernando
C.P. 54050 Estado de México
Tel. 5553612115





▪ Historia Clínica



"2023. Año del Septuagésimo Aniversario del Reconocimiento del Derecho al Voto de las Mujeres en México".

Entrevista clínica.

Motivo de consulta _____

Nombre del usuario: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Grado de estudios: _____

CURP: _____ Fecha: _____ N° expediente _____

¿Ha recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas de tabaco, alcohol u otras drogas? No _____ Si _____

¿Institución a la que acudió?	¿Sustancia de consumo?	Fecha en la cual estuvo tratamiento
Centro de desintoxicación		
Tratamiento de consulta externa		
Tratamiento de consulta interna		
Asesoría médica		
Asesoría psiquiátrica/psicológica		
Grupos de autoayuda		

¿Está siendo atendido por un problema de salud en la actualidad? SI NO

¿Si responde si, describa su problema? _____

¿Sabe si algún familiar tiene antecedentes con trastornos psicológicos? _____

¿Está tomando algún medicamento por prescripción médica o se está auto-medicando?

SI NO ¿Qué medicamento es el que está tomando? _____

¿Cuánta pesa? _____ ¿Cuánto mide? _____

¿Qué tan satisfecho está con "su forma (estilo) de vida" en este momento?

1. muy satisfecho 2. Satisfecho 3. Inseguro 4. Insatisfecho 5. Muy insatisfecho

HISTORIA FAMILIAR Y SOCIAL



▪ Historia Clínica (continuación)



"2023. Año del Septuagésimo Aniversario del Reconocimiento del Derecho al Voto de las Mujeres en México".

¿Estado civil? _____ ¿Con quién vive actualmente? _____

¿Alguna persona con las que vive consume alguna sustancia?

¿Mencione a las personas que le ayudarían a dejar de consumir?

HISTORIA LABORAL Y LUGAR DE RESIDENCIA

¿Situación laboral actual? _____

¿Ocupación actual u ocupación que ha desempeñado en los últimos 12 meses?

¿Lugar de residencia? _____

¿Ingreso mensual aproximado? _____

HISTORIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

¿Ha tenido algún intento o idea suicida, durante las últimas dos semanas?

¿Inicio de consumo? _____

¿Ha tenido intentos por dejar de consumir? SI NO

INTENTO	AÑO	DÍAS EN ABSTINENCIA
1.		
2.		

¿Etapas de cambio en la que se encuentra actualmente?





▪ 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

Sistema Municipal DIF Tlalnepantla de Baz
Av. Convento de Santa Mónica s/n, eqq. Convento de
San Fernando C.P. 54050 Estado de México
Tel. 55 53612115 ext. ---
www.diftlalnepantla.gob.mx





Formato de Orientación y Consejería Breve



FORMATO DE
ORIENTACIÓN Y
CONSEJERÍA BREVE

a) Datos de Identificación del Usuario

Usuario

Familiar

Otro

Nombre:	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Fecha:
Fecha de Nacimiento:	Edad:		Sexo	
Estado Civil:		Escolaridad:		
Domicilio Particular:	Calle		No. Ext.	No. Int.
Colonia		C.P.	Municipio	
Teléfono Particular:	Lugar de Nacimiento:			
Teléfono de Recados:	Ocupación:			
CURP:				
Sector:		Delegación:		

b) Motivo de Consejería:

Consumo de Sustancias.	Trastornos de la Salud Mental.	Otros.
------------------------	--------------------------------	--------

c) Puntaje de pruebas:

Test de Ansiedad Beck	Terapia Psicológica Especializada en Adicciones
Escala Detección Riesgo Suicida	Canalización y Referencia
Test de Depresión de Beck	Hospitalización y/o Desintoxicación

d) Sustancias de consumo

Alcohol	Tabaco	Cannabis	Cocaína	Estimulantes tipo Anfetamina
Inhalables	Sedantes/pastillas para dormir	Alucinógenos	Opiáceos	Otro

PERSONA RESPONSABLE DE BRINDAR LA ATENCIÓN




Vo.Bo. DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES

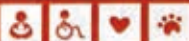
Nombre y firma

Nombre y firma



> 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 PSICO-EDUCATIVO
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/MP/DS/DAA/002

ÍNDICE

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



➤ OBJETIVO

Brindar información preventiva, a través de pláticas y/o talleres, sobre el consumo de drogas legales e ilegales, sus efectos a nivel físico, psicológico y social (biopsicosocial), con la finalidad de prevenir la ingesta de sustancias psicoactivas en edades tempranas. Asimismo, con el taller psicoeducativo, se busca proporcionar información y herramientas a la población Tlalnepantlense, 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

Federal:

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ◆ Ley General de Salud.
- ◆ Ley General de Asistencia Social.
- ◆ Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Estatal:

- ◆ 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”.
- ◆ Reglas de Operación de PREADIC.

Municipal:

- ◆ Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, México.

➤ RESPONSABILIDADES

DIFEM “Dirección de Prevención y Bienestar Familiar”, deberá:

Supervisar que las pláticas y talleres enfocados a la prevención de adicciones y talleres psico-educativos, 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.





Dirección de Salud, deberá:

Supervisar que el personal de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones otorgue las pláticas y talleres enfocados a la prevención de adicciones y taller psico-educativo a la población del municipio de Tlalnepantla de Baz.

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 enfocados a la prevención de adicciones; y supervisar la entrega de los oficios de solicitud dirigidos a las autoridades educativas.

Supervisar que el personal de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones, otorgue las pláticas y talleres enfocados a la prevención de adicciones y taller psico-educativo 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 enfocados a la prevención de adicciones y taller psico-educativo.

Supervisar la logística para la realización de las pláticas enfocadas a la prevención de adicciones y taller psico-educativo; realizar y firmar los acuerdos con escuelas del sector público y privado.

Autorizar y evaluar los materiales a utilizarse en pláticas enfocadas a la prevención de adicciones; y del taller psico-educativo, para que estos sean implementados por las y los Psicólogas(os) adscritos a la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones; y gestionar, a través de los medios de comunicación oficiales del SMDIF, la promoción de las pláticas enfocadas a la prevención de adicciones y del taller psico-educativo.

Auxiliar administrativo, deberá:

Recopilar las evidencias obtenidas de las pláticas enfocadas a la prevención de adicciones y talleres psico-educativos: listas de asistencia y evidencias fotográficas para la integración de la carpeta de evidencias.

Psicólogas(os), deberán:

Diseñar pláticas enfocadas a la prevención de adicciones y de talleres psico-educativos; 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 la entrega de evidencias, listas de asistencia debidamente requisitados y evidencia fotográfica al Auxiliar Administrativo del Departamento para la integración de la carpeta de evidencias y elaboración de informes.

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 las pláticas y talleres se registran.
- **Psicólogo(a):** Profesionista 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 prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.
- **Talleres Psico-educativos:** Conjunto de información organizada para brindar herramientas y habilidades para la vida de la población de Tlalnepantla. Este taller está diseñado por la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA).

➤ **ACRÓNIMOS**

- **CURP:** Clave Única de Registro de Población.
- **CONASAMA:** Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones.
- **DIFEM:** Desarrollo Integral de la Familia del 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 Tlalnepantla de Baz.





➤ INSUMOS

- Volantes.
- Folletos.
- Papelería.
- Material didáctico.
- Listas de asistencia.
- Sello de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones.
- Vehículo.
- USB.
- Computadora.
- Papel rotafolio.

➤ RESULTADOS

Con las pláticas enfocadas a la prevención de adicciones y los talleres psico educativos, la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones; promoverá conductas para prevenir el consumo de cualquier sustancia psicoactiva; asimismo, se tiene la finalidad 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 enfocados a la prevención de adicciones y taller psico-educativo 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 psico-educativo son servicios gratuitos.
- Las pláticas y talleres enfocados a la prevención de adicciones y taller psico-educativo, se realizan de forma presencial o digital (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 talleres enfocados a la prevención de adicciones y taller psico-educativo:
- La población en general puede solicitar el servicio, mediante un oficio dirigido 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 talleres enfocados a la prevención de adicciones y taller psico-educativo





están sujetas a disponibilidad de agenda.

- Las pláticas y talleres enfocados a la prevención de adicciones y taller psico-educativo, 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 talleres enfocados a la prevención de adicciones y taller psicoeducativo, están sujetos al aviso de privacidad de la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones.
- Las personas usuarias que asistan al servicio pláticas y talleres enfocados a la prevención de adicciones y taller psico-educativo, deberán salvaguardar las medidas sanitarias preventivas por el 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 gráfica de las y los asistentes a la plática o taller.
Autoridades Escolares	7	Firman y sellan las listas de asistencia.
Titular de la Jefatura del Departamento de Atención a las Adicciones	8	Supervisa que los talleres y pláticas sean 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)	10	Entregan al auxiliar administrativo del Departamento las evidencias de las actividades realizadas: listas de asistencia debidamente requisitados y evidencias fotográficas.
DIFEM Dirección de Prevención y Bienestar Familiar	11	Supervisa que la Jefatura de Departamento de Atención a las Adicciones integre la carpeta de evidencias con la información requerida.
FIN		



➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**

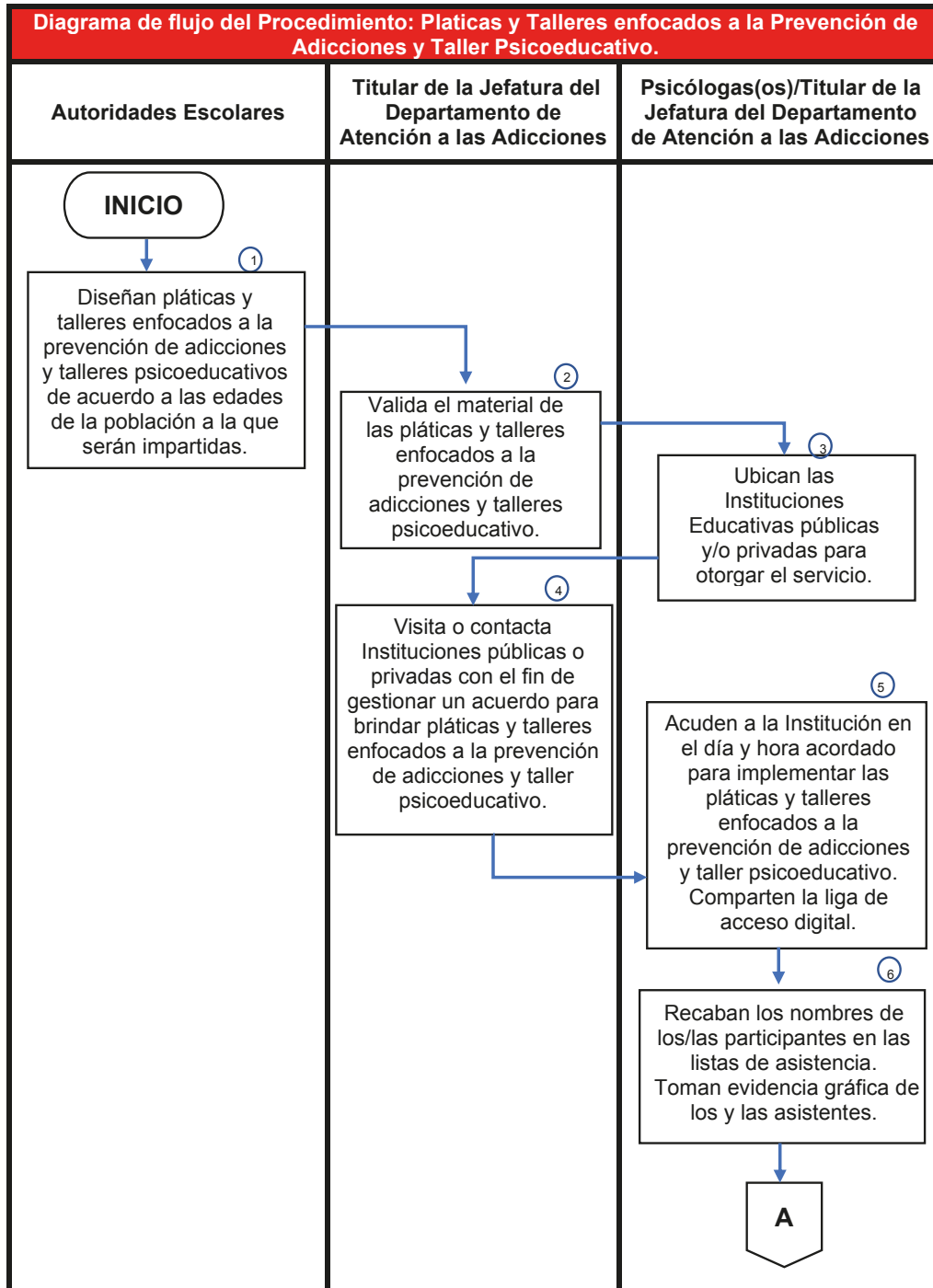
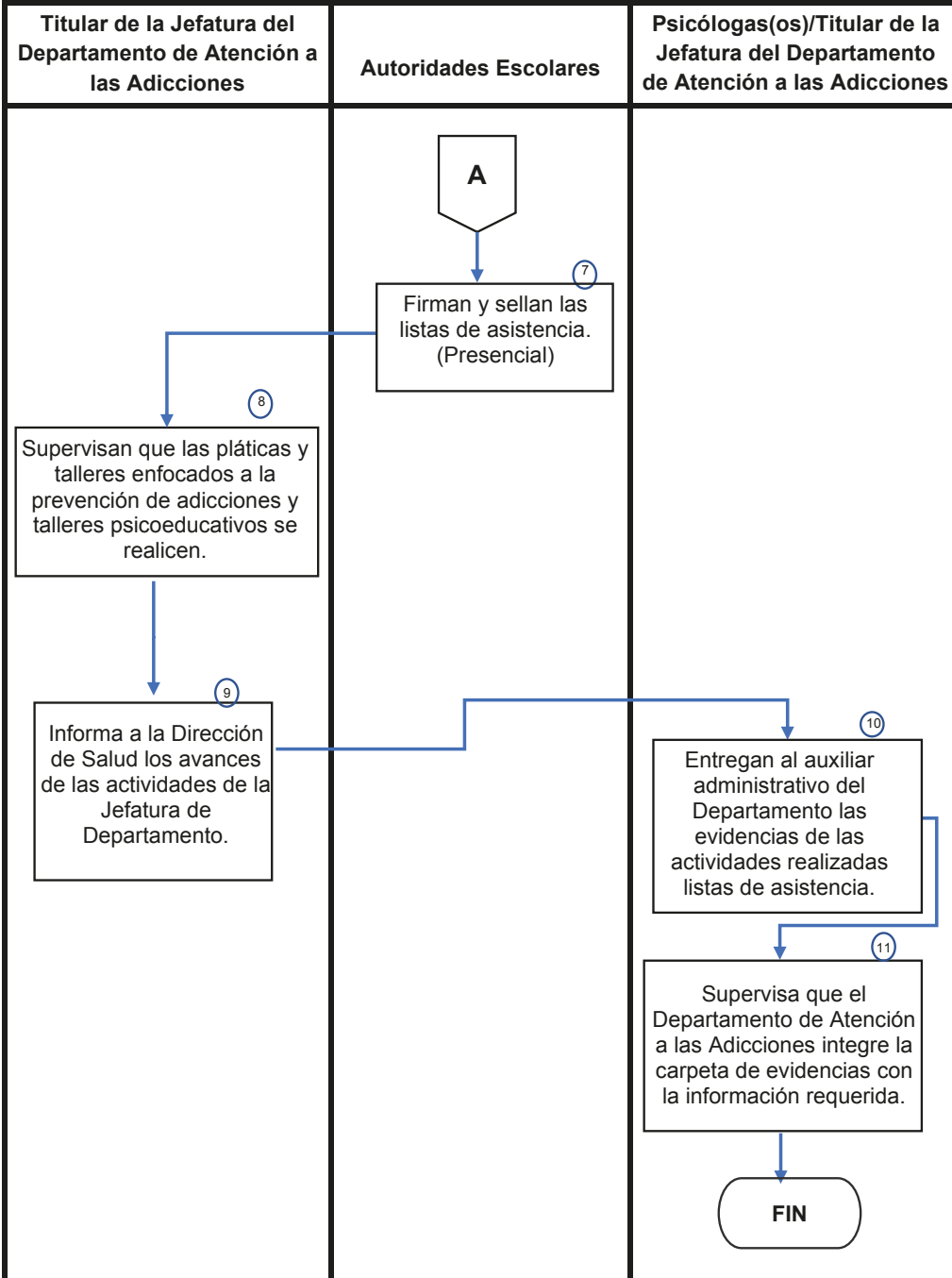




Diagrama de flujo del Procedimiento: Platicas y Talleres enfocados a la Prevención de Adicciones y Taller Psicoeducativo.





M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024



➤ **FORMATOS**

- **Listas de Asistencia: Plática Preventiva**



M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE T. TALNEPANTLA DE BAZ
2022 - 2024



"2023. Año del Septuagésimo Aniversario del Reconocimiento del Derecho al Voto de las Mujeres en México".

LISTA DE ASISTENCIA PLÁTICA PREVENTIVA.

TEMA _____ FECHA _____

LUGAR _____ POBLACIÓN _____

SECTOR _____ DELEGACIÓN _____

No.	Nombre Completo	Edad	H	M	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 via WhatsApp: 56 3622 0000



▪ Lista de Asistencia: Taller Preventivo



"2023. Año del Septuagésimo Aniversario del Reconocimiento del Derecho al Voto de las Mujeres en México".

LISTA DE ASISTENCIA TALLER PREVENTIVO

TEMA _____ FECHA _____

LUGAR _____ POBLACIÓN _____

SECTOR _____ DELEGACIÓN _____

No.	Nombre Completo	Edad	H	M	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





H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLAXTEPEC DE BAZ
2022-2024



▪ Lista de Asistencia Taller Psicoeducativo



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLAXTEPEC DE BAZ
2022-2024



"2023. Año del Septuagésimo Aniversario del Reconocimiento del Derecho al Voto de las Mujeres en México".

LISTA DE ASISTENCIA TALLER PSICOEDUCATIVO.

TEMA _____ FECHA _____

LUGAR _____ POBLACIÓN _____

SECTOR _____ DELEGACIÓN _____

No.	Nombre Completo	Edad	H	M	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 via WhatsApp: 56 3622 0000





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Lic. Roberto Joao Hernández Hernández	M.C. 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





3.9. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE CONTROL, ATENCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL

UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE CONTROL, ATENCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SERVICIOS MÉDICOS VETERINARIOS
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/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 brindar servicios médicos veterinarios de primer nivel de atención a bajo costo para el cuidado de la salud de perros y gatos.

Se tiene el objetivo de dar atención médica veterinaria de calidad para la aplicación de medidas de protección de la salud y el bienestar de los animales, a través de la medicina preventiva, el diagnóstico oportuno de enfermedades y el tratamiento para los diversos padecimientos de los animales de compañía.

➤ ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud, a través de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, a las y los usuarios de Tlalnepantla de Baz y de otras localidades que soliciten los servicios médicos veterinarios de perros y gatos.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

Federal:

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ◆ 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, sus reformas y adiciones.

Estatal:

- ◆ 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.

Municipal:

- ◆ Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz, Estado de México 2022 sus reformas y adiciones.
- ◆ Reglamento Interno del Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz.

➤ RESPONSABILIDADES

Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, deberá:

Planificar, coordinar y supervisar los servicios médicos veterinarios para perros y gatos.

Médico Veterinario Zootecnista Responsable:

Administrar los insumos que se utilicen para el procedimiento de los servicios; y coordinar a los Médicos Veterinarios para la atención de los servicios médicos veterinarios.





Recepcionista de la Clínica Veterinaria Municipal, deberá:

Brindar la atención al usuario(a) que acude a las instalaciones de las Clínicas Veterinarias Municipales; recabar la información del mismo y de su mascota verificando el domicilio para realizar el cobro correspondiente del servicio. Así como canalizar al usuario(a) solicitante de los servicios con el Médico Veterinario en turno para la atención.

Médico Veterinario Zootecnista, deberá:

Realizar la revisión clínica del animal y determinar el servicio médico veterinario que requiera la mascota.

Personal Administrativo, deberá:

Archivar la documentación que resulte de los servicios médicos veterinarios para integrarla a los expedientes clínicos de los pacientes.

Usuario(a), deberá:

Acudir con el perro o gato a las Clínicas Veterinarias Municipales en un horario de atención de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 horas, solicitando el servicio determinado por el Médico Veterinario de la Clínica Veterinaria Municipal o por remisión con firma y cédula profesional del Médico Veterinario tratante.

➤ **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 a 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**

- **DCAyBA:** A la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.
- **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

- Orden de servicios médicos veterinarios.
- Hoja de expediente clínico.
- Historia clínica.
- Receta médica.
- Cartilla de salud.
- Certificado de salud para viajar.
- Orden de radiología.
- Orden de laboratorio.
- Hoja de hospitalización.
- Hoja de terapia de líquidos.
- Hoja de autorización de intervención.
- Hoja de consentimiento informado para uso de anestésicos y/o sedantes.
- Hoja de anestesia.
- Alta voluntaria.

➤ RESULTADOS

Brindar servicios médicos veterinarios de primer nivel a perros y gatos.

➤ POLÍTICAS

- Atender a la población del municipio de Tlalnepantla de Baz y de otras localidades, que solicitan el servicio con calidez y calidad.
- Los servicios médicos veterinarios incluyen:
 - ✓ Consulta veterinaria;
 - ✓ Aplicación de medicamento;
 - ✓ Curación de heridas;
 - ✓ Hospitalización menor;
 - ✓ Tranquilización para manejo médico;
 - ✓ Toma de muestra;
 - ✓ Expedición de certificados de salud;
 - ✓ Radiología veterinaria; y
 - ✓ Cirugía menor.
- Se especifica un costo para los usuarios(as) del municipio de Tlalnepantla de Baz, mientras que, para los usuarios(as) de otras localidades, el costo de los servicios médicos veterinarios es diferente, ambos costos se encuentran establecidos, de acuerdo al "Catalogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF", vigente.
- Para los servicios médicos veterinarios de perros y gatos, la persona deberá acudir directamente a las Clínicas Veterinarias Municipales, en: Av. Cultura Tolteca #62, U.H. El Rosario I Sector III, o en zona oriente ubicada en: Antiguo Camino a San José S/N, Industrial La Presa en el municipio de Tlalnepantla de Baz.





- El horario de atención es de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 horas (la recepción de los pacientes será hasta las 17:00 horas).
- El usuario(a) que presente al perro o gato para el servicio médico veterinario, deberá ser mayor de edad y mostrar su identificación oficial vigente y presentar una copia simple de esta.
- Sólo se recabará la información del usuario(a) conforme a lo establecido en el aviso de privacidad simplificado e integral.
- Los servicios médicos veterinarios que se podrán atender directamente con remisión de otro Médico Veterinario externo y que cuente con firma y cédula profesional serán: la aplicación de medicamento, toma de muestra y radiología veterinaria.
- El servicio de hospitalización menor se refiere al tiempo en el que deberá permanecer en observación el perro o gato después de un procedimiento quirúrgico; es decir, desde la sedación de la mascota hasta la presentación de los primeros reflejos.
- El servicio de cirugía menor se programará de acuerdo a la disponibilidad de horario y espacio.
- Para el servicio de expedición de certificados es requisito mostrar el carnet de salud de la mascota.
- La hoja de autorización de intervención, hoja de consentimiento informado para uso de anestésicos y/o sedantes y alta voluntaria son aquellos formatos que deberán ser llenados y firmados por el usuario(a) para la autorización del procedimiento.
- El servicio de toma de muestra será independiente de los estudios de laboratorio, ya que éstos se realizarán mediante un convenio de colaboración.





➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario(a)	1	Se presenta en las instalaciones de las Clínicas Veterinarias Municipales, solicitando el servicio médico veterinario.
Recepcionista de la Clínica Veterinaria Municipal	2	Recibe al usuario(a), brinda informes y recaba los datos del usuario(a) y la mascota.
Recepcionista de la Clínica Veterinaria Municipal	3	Efectúa el cobro correspondiente de acuerdo al servicio solicitado y al domicilio.
Recepcionista de la Clínica Veterinaria Municipal	4	¿Es atención de primera vez?
Recepcionista de la Clínica Veterinaria Municipal	5	No. Canaliza al usuario(a) con el Médico Veterinario en turno.
Recepcionista de la Clínica Veterinaria Municipal	6	Sí. Elabora una hoja de expediente clínico del paciente.
Médico Veterinario de la Clínica Veterinaria Municipal	7	Realiza la revisión de la mascota o la remisión del Médico Veterinario externo.
Médico Veterinario de la Clínica Veterinaria Municipal	8	Determina, informa y escribe en una orden cualquier otro servicio médico veterinario que requiera la mascota.
Usuario (a)	9	Presenta en recepción la orden de los servicios médicos veterinarios y realiza el pago correspondiente.
Recepcionista de la Clínica Veterinaria Municipal	10	Recibe la orden de servicio, verifica el domicilio y efectúa el cobro.
Usuario (a)	11	Se dirige al consultorio de atención correspondiente con la mascota.
Médico Veterinario de la Clínica Veterinaria Municipal	12	Da la atención a la mascota e informa al usuario(a) acerca del procedimiento a realizar.
Médico Veterinario de la Clínica Veterinaria Municipal	13	¿El usuario(a) debe firmar un consentimiento informado?
Médico Veterinario de la Clínica Veterinaria Municipal	14	Sí. Otorga al usuario(a) la autorización a firmar.
Médico Veterinario de la Clínica Veterinaria Municipal	15	No. Elabora formato de servicio.
Usuario (a)	16	Firma la autorización del servicio.
Médico Veterinario de la Clínica Veterinaria Municipal	17	Realiza servicio médico veterinario.
Médico Veterinario de la Clínica Veterinaria Municipal	18	Da las indicaciones correspondientes al propietario para el tratamiento de la mascota.
Usuario (a)	19	Recibe a la mascota.
Administrativo de la Clínica Veterinaria Municipal	20	Archiva los documentos que resulten de los servicios médicos veterinarios en el expediente clínico del paciente para control interno.
FIN		

378



➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**

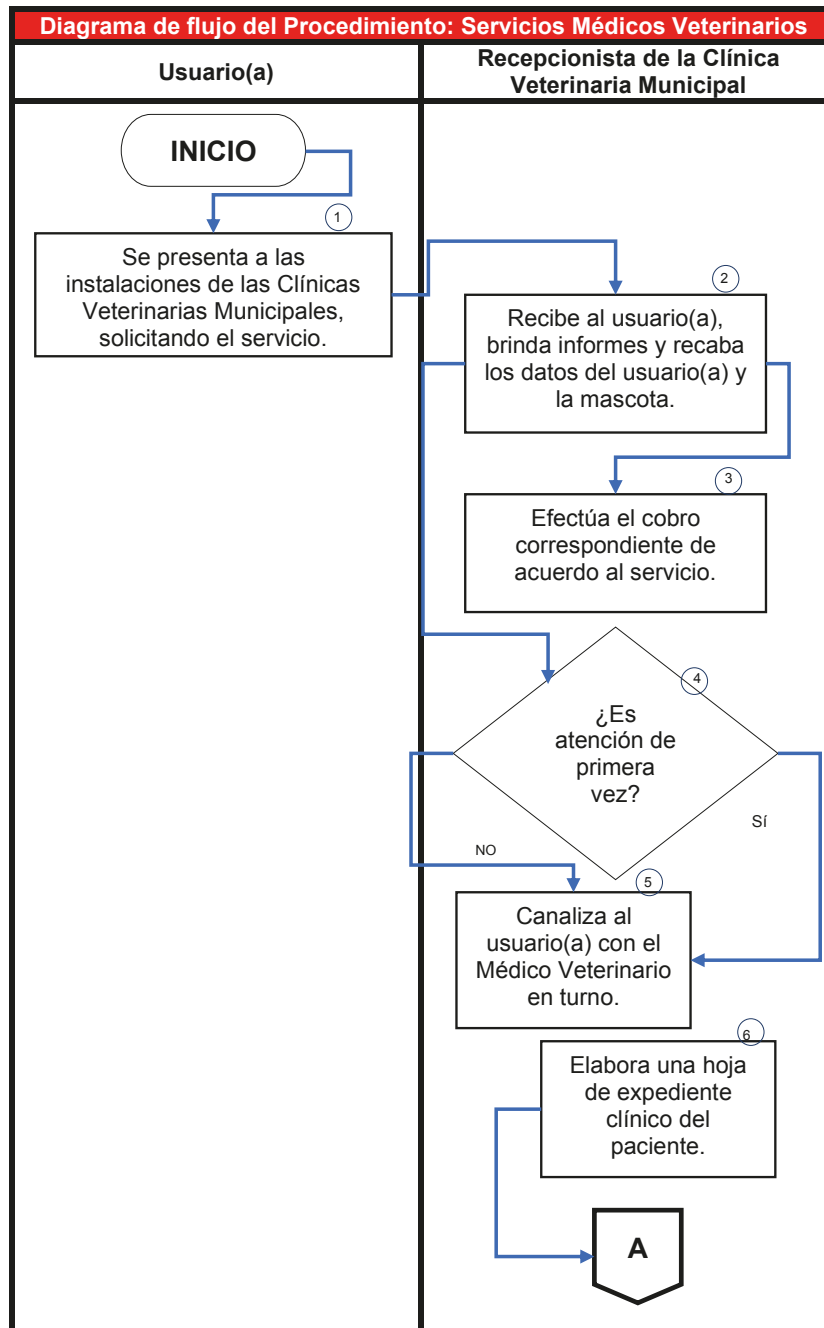
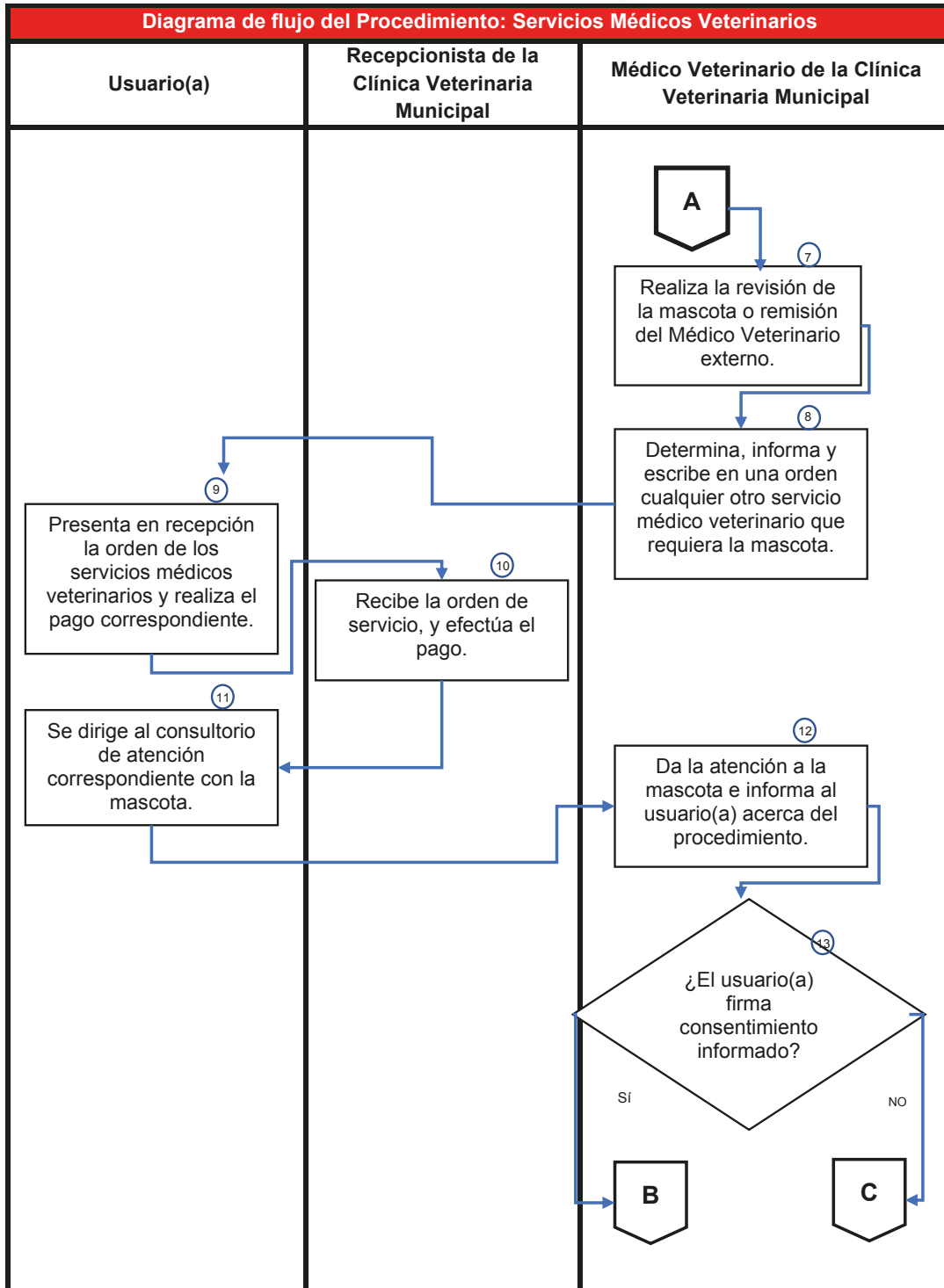




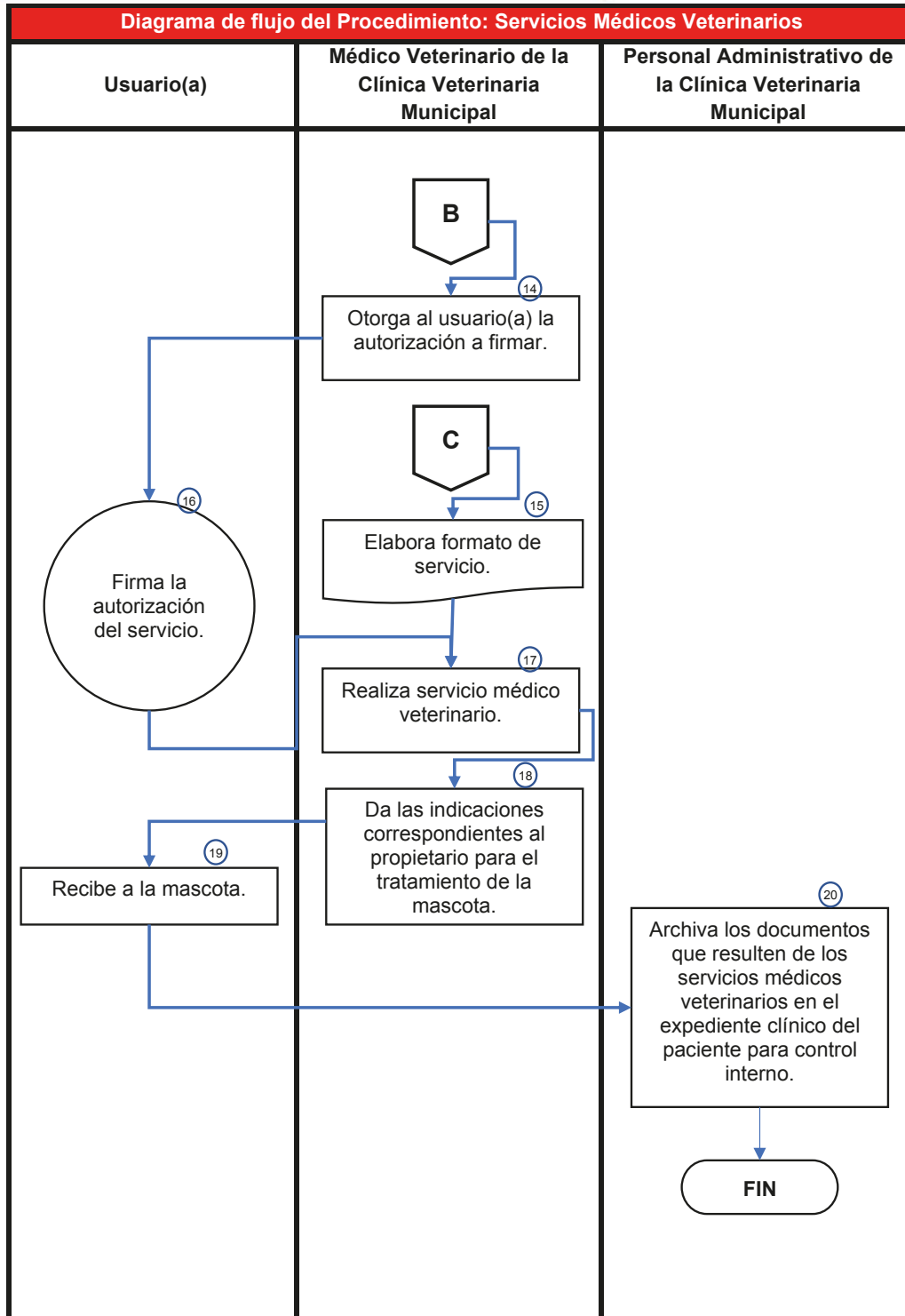
Diagrama de flujo del Procedimiento: Servicios Médicos Veterinarios



380



Diagrama de flujo del Procedimiento: Servicios Médicos Veterinarios





➤ **FORMATOS**

▪ **Ficha de Servicios Médicos Veterinarios**

Clinica Veterinaria
Huellitas Fecha _____

Nombre del Propietario _____

Nombre de la Mascota _____

MVZ _____

Servicio	Costo
TOTAL	

382



▪ **Hoja de Expediente Clínico**

EXPEDIENTE CLINICO

TPO DE USUARIO:
 TLAXCALA
 OTRA LOCALIDAD
 FOLIO _____
 FECHA _____

Datos del Propietario

Nombre del Propietario			
Sexo		Edad	
Domicilio			
Teléfono 1			
Teléfono 2			

Datos de la Mascota

Nombre de la Mascota			
Especie		Edad	Sexo
Raza			
Color			



Historia Clínica



FOLIO _____ HISTORIA CLÍNICA FECHA _____

DATOS DEL PROPIETARIO	
NOMBRE:	_____
DOMICILIO:	_____
TELÉFONO:	_____

DATOS DEL PACIENTE	
NOMBRE:	_____
RAZA:	_____
SEXO:	_____
COLOR:	_____
EDAD:	_____

CONSTANTES FISIOLÓGICAS	
FC:	FR:
REFLEJO DEGLUTORIO:	REFLEJO TUSIGENO:
PALMO PERCUSIÓN:	MUCOSAS:
% DE DESHIDRATACIÓN:	TEMPERATURA:
PESO:	ECG:
TIEMPO:	EDO MENTAL:
LINFONODOS:	

ANAMNESIS

- MOTIVO DE LA CONSULTA: _____
- TIEMPO DE EVOLUCIÓN: _____
- ¿HA HABIDO ANTICEDENTES? _____
- ¿HA HABIDO ENFERMEDADES ANTERIORES? _____
- SE DIAGNOSTICÓ: FORMAL (PRUEBAS DE LAB) INFORMAL (SUPUESTO)
- ¿COHABITA CON OTRAS MASCOTAS? SI NO ¿CUÁLES? _____
¿ENFERMAS? SI NO ¿QUÉ PRESENTAN? _____
- ¿HA COMIDO? ¿HA BEBIDO? ¿HA MASCADO? ¿HA RASCADO? ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA? _____
- ¿LE HA CAMBIADO O AGRAVADO ALGO MÁS A SU DIETA? _____
- ¿USA LA CALLE O DE SU HABITAT? SI NO ¿CON CORREA? SI NO

VACUNAS	DESPARASITACIONES

- INGESTA DE AGUA: _____
- ¿CÓMO ORINA? COLOR: _____ OLOR: _____ CANTIDAD: _____
PRESENCIA DE SANGRE: _____ PUJAS: _____ PEGAJOSA: _____
CONTINUIDAD DEL CHORRO: _____
- ¿BAJO O SUBIO DE PESO ÚLTIMAMENTE? SI NO
- ¿CAMBIO SU ACTITUD? _____
- ¿APETITO? INCREMENTADO DISMINUIDO NULO
- ¿CÓMO DEFIECA? FRECUENCIA: _____ CANTIDAD: _____
CONSISTENCIA: _____ PRESENCIA DE SANGRE: _____ PARÁSITOS: _____ CON MOCO: _____
COLORACIÓN: _____
- ¿HA PRESENTADO VÓMITO? SI NO
COLOR: _____ SANGRE: _____ ESPUMA: _____ PARÁSITOS: _____
FRECUENCIA: _____ SÓLIDOS: _____
- PRESENCIA DE PARASITOS EXTERNOS: SI NO (CULEBRAS)
- ¿SACUDE MUCHO LA CABEZA? SI NO
- CICLO SEXUAL Y REPRODUCTIVO:
ESTERILIZADO/A: _____ ÚLTIMO CÍCLO: _____ ÚLTIMO ABRASAMIENTO: _____
NÚM. DE CRÍAS: _____ PROBLEMAS AL PARTO: _____
- ¿HA TENIDO ALGUNA CIRUGÍA? SI NO (¿CUAL?) _____
- ¿HA OBSERVADO ALTERACIONES NEUROLÓGICAS?
OBSCURACIÓN PARÁLISIS/INCOORDINACIÓN EXCITACIÓN DESMAYO BARBO
INSTAGMO ESTRABISMO TORTICOLIS
- ¿HA OBSERVADO ALTERACIONES RESPIRATORIAS?
FLEJO NASAL COLORACIÓN DEL MOCO: _____ TOS ESTORNUDOS
ESTORNUDO INVERSO DIFICULTAD PARA RESPIRAR
- ¿PRURITO? SI NO LOCALIZACIÓN: _____ ¿DESDE CUANDO? _____
- PROBLEMAS LOCOMOTORES
CLAUDICACIÓN: _____ ¿QUÉ EXTREMIDAD? _____ PARÁLISIS/INCOORDINACIÓN PISADA DE OSO
- ¿LE SUMINISTRA SUPLEMENTOS? SI NO ¿CUÁLES? _____

DX. PRESUNTIVO: _____
PRUEBAS DE LABORATORIO: _____
TRATAMIENTO: _____
DX. DEFINITIVO: _____

Receta Médica



Clínica Veterinaria Huellitas
Horario de Atención de Lunes a Viernes de 9:00 am a 6:00 pm

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

RX.

Especie: _____
Sexo: _____
Edad: _____
Peso: _____
F.C.: _____
F.R.: _____
Temp.: _____

MVZ: _____



▪ Hoja de Seguimiento

HOJA DE SEGUIMIENTO

FOLIO _____
FECHA _____

DATOS DEL PROPIETARIO			
NOMBRE:			
DOMICILIO:			
TELEFONO:			

DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE:		ESPECIE:	
RAZA:		SEXO:	
COLOR:		EDAD:	

CONSTANTES FISIOLÓGICAS			
FC:		FR:	
REFLEJO DEGLUTORIO:		REFLEJO TUSÍGENO:	
PALMO PERCUSIÓN:		MUCOSAS:	
% DE DESHIDRATACIÓN:		TEMPERATURA:	
PESO:		CC:	
TLLC:		EDO MENTAL:	
LINFONODOS:			

OBSERVACIONES

SIN VALIDEZ OFICIAL

MVZ Responsable

384

▪ Cartilla de Vacunación



DESPARASITACIÓN EXTERNA		
PRODUCTO	FECHA	FIRMA



Clinica Veterinaria
Huellitas



CARTILLA DE
SALUD

SMDIF TLAXCALTILLA
CLINICA VETERINARIA
HUELLITAS

DIRECCIÓN
Av. Cuernavaca, Prolong. 45, 103
Barrío I Sector 103400
Tlaxcaltilla de Baz, Sdo. de
Tlaxcala.
TEL: 36 803 6346



Nuevo Gobierno, Nuevas Ideas



DATOS DE LA MASCOTA

NOMBRE: _____
ESPECIE: _____
RAZA: _____
SEXO: _____ COLOR: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: _____
DOMICILIO: _____
TEL / CEL: _____

VACUNAS			DESPARASITACIÓN		
VACUNA	FECHA	FIRMA	PRODUCTO	FECHA	FIRMA





M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024



▪ **Certificado de Salud para Viajar**



M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024



CERTIFICADO DE SALUD (HEALTH CERTIFICATE)

PROPIETARIO (OWNER): _____

DOMICILIO (ADDRESS): _____

NOMBRE DE LA MASCOTA (PET'S NAME): _____ ESPECIE (SPECIES): _____

RAZA (BREED): _____ EDAD (AGE): _____ COLOR: _____

SEXO (GENDER): _____ MICROCHIP (CHIP): _____

Por el presente certifico que la mascota de los datos anteriormente detallados, ha sido examinado por mí en el día de la fecha, encontrándose libre de signos clínicos de enfermedades infecciosas y/o parasitarias de características transmisibles que afectan a la especie, así como enfermedades zoonóticas.

Ha sido desparasitado contra parásitos internos y ectoparásitos y en los últimos 6 meses y vacunado contra:

I hereby certify that the pet of the data detailed above, has been examined by me today, being free of clinical signs of infectious and / or parasitic diseases of transmissible characteristics that see the species.

You have been dewormed against internal parasites and ectoparasites and in the last 6 months and vaccinated against:

FECHA (DATE):	PRODUCTO (PRODUCT)	VIGENCIA (VALIDITY):
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Lugar y fecha:

Firma del MVZ

Firma del propietario (a)

386



Hoja de Terapia de Líquidos

HOJA DE TERAPIA DE LÍQUIDOS

Fecha: _____

EXPEDIENTE: _____ ESPECIE: _____ RAZA: _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____ SEXO: _____ COAD: _____
 DIAGNÓSTICO: _____ PROPIETARIO: _____
 TELEFONO: _____ MÉDICO TRATANTE: _____

% de Deshidratación: _____
 Peso: _____

SEÑALES DE DESHIDRATACIÓN DE ACUERDO AL PORCENTAJE:

% de deshidratación	Signos clínicos
<5%-5%	Piel seca al tacto
5%-8%	Mucosas secas, disminución de la turgencia de la piel. Ejezo incrementado en el interior capilar, ojos ligeramente hundidos.
10%-12%	Mucosas secas, pérdida de la turgencia de la piel, ojos hundidos, posibles signos de shock.
12%-15%	Signos definitivos de shock. Mucosa irrisada.

> FASE DE RESUCITACIÓN (IDENTIFICAR Y TRATAR LA HIPOVOLEMIA, SI ESTA PRESENTE).
 Fórmula: Perros: 20 ml/kg/15 min.
 Gatos: 15 ml/kg/15 min.

Tipo de fluido utilizado: _____

Sistema: Normogotero _____ gotas por minuto.
 Microgotero: _____ gotas por minuto.

> FASE DE REHIDRATACIÓN (IDENTIFICAR Y TRATAR LA DESHIDRATACIÓN, SI ESTA PRESENTE).
 Fórmula: déficit de fluidos (litros) = peso en kg x % de deshidratación
 Tipo de fluido utilizado: _____

Sistema: Normogotero _____ gotas por minuto.
 Microgotero: _____ gotas por minuto.

El déficit de fluidos es entonces reemplazado en un lapso de 4 a 24 hrs.

> FASE DE MANTENIMIENTO (PROVEER LOS REQUERIMIENTOS PARA EL MANTENIMIENTO CELULAR).
 Fórmula: Perros: 60 ml/kg/24 hrs.
 Gatos: 45 ml/kg/24 hrs.

Tipo de fluido utilizado: _____

Sistema: Normogotero _____ gotas por minuto.
 Microgotero: _____ gotas por minuto.

OBSERVACIONES Y NOTAS ADICIONALES:

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO VETERINARIO TRATANTE/RESPONSABLE

388

Hoja de Autorización de Intervención

AUTORIZACION DE INTERVENCION

Mi persona _____ autorizo al MVZ _____ para realizar el procedimiento de _____ a mi mascota de nombre _____ edad _____ especie _____ raza _____ sexo _____ color _____

Sabiendo que todos los procedimientos destinados son para salvaguardar la vida de mi mascota, así como procurar mejorar y/o recuperar su salud.

Me han sido explicados y conozco los riesgos que implican para la vida de mi mascota, los resultados esperados, las posibles complicaciones, así como eventuales secuelas derivadas de la sana práctica médica. Acepto que mi mascota sea sometida a las indicaciones, tratamientos y prácticas que los profesionales actuantes consideren pertinentes.

Lugar y fecha: _____

Firma del MVZ responsable _____ Firma del propietario (a) _____



Hoja de Consentimiento Informado para uso de Anestésicos y/o Sedantes

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE ANESTÉSICOS Y/O SEDANTES

Fecha _____

Por medio de la presente, el (a) propietario/a de esta _____ que reside en _____ domicilio _____ con teléfono _____ propietario de la mascota _____ especie _____ raza _____ sexo _____ y color _____ edad _____

Manifiesto que tengo la "facultad y/o autorización" para dar mi consentimiento y autorizar el uso y aplicación de _____
 Anestésicos Sedantes

Una vez realizada la valoración por parte del personal médico de "Clínica Veterinaria Huellitas", y al ver que la mascota antes mencionada no padece que, bajo medidas de sujeción convencionales sea inspeccionada y valorada por parte de los médicos o que dificulte el manejo para el servicio de analgesia o procedimiento quirúrgico, lo cual justifica plenamente la medida a adoptarse con la finalidad de facilitar el manejo del paciente, evitar sufrimiento y/o estrés innecesario y salvaguardar y recuperar la salud de mi mascota.

Al respecto, he sido informado, me han explicado y soy consciente de las posibles complicaciones, que durante y posteriormente se puedan presentar por el uso de anestésicos y/o sedantes, que "Clínica Veterinaria Huellitas" durante dicha aplicación, tomará todas las medidas necesarias para salvaguardar la vida de mi mascota, por lo tanto, por este medio libero a "Clínica Veterinaria Huellitas" de toda responsabilidad, indemnización, pago y/o reembolso derivado del procedimiento si mi mascota llega a fallecer.

Manifiesto que estoy de acuerdo en liquidar los cargos correspondientes generados por la aplicación de anestésicos y/o sedantes al ser un procedimiento independiente a los honorarios de consulta u otro servicio.

Procedimiento a realizar: _____
 Fármaco empleado: _____
 Dosis empleada: _____

"Clínica Veterinaria Huellitas" y "El Propietario, Familiar del propietario y/o Representante del propietario" se comprometen en todo momento a no vulnerar los derechos de personalidad entendiendo por ellos a: derecho a la vida privada, al honor y la propia imagen de las personas, por lo que cualquier observación, reclamación o queja respecto de todo lo relacionado con los servicios veterinarios, será substanciada de manera confidencial y pacífica por ambas partes, en caso de no llegar a algún acuerdo, será por las vías legales correspondientes.

He leído y aceptado la información para dar mi consentimiento y autorizar el uso de "Anestésicos" y/o "Sedantes", he leído detenidamente este documento he realizado las preguntas oportunas y soy consciente de lo que conlleva esta decisión.

Hoja de Anestesia

HOJA DE ANESTESIA

Fecha _____

Datos de la mascota

Nombre: _____ Especie: _____ Raza: _____
 Sexo: _____ Edad: _____ Procedimiento quirúrgico: _____
 Nombre del propietario: _____

Examen físico

Temp: _____ T_g: _____ F: _____ FR: _____ CC: _____
 TBC: _____ Mucosas: _____ Esqueletos: _____

Medicación

Pre medicación: _____ Subcutánea: _____ Manejo de la vía: _____
 Terapia de líquidos: _____ Tipo de solución: _____
 Analgésicos: _____ Anestésicos: _____

MONITOREO DE CONSTANTES

Tiempo (min)	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
F ^g												
FC												
FR												
Tiempo (min)	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	115	120
F ^g												
FC												
FR												



▪ Alta Voluntaria



HOJA DE ALTA VOLUNTARIA

Mi persona, _____
propietario de la mascota de nombre _____
especie _____ raza _____ sexo _____ edad _____
número de expediente _____

He decidido retirar a mi mascota de "Clínica Veterinaria Huelitas", aun sabiendo las condiciones en las que se encuentra. Asumo el riesgo que esto implica, excluyendo a la clínica/hospital "Clínica Veterinaria Huelitas" y a todo su personal de toda la responsabilidad en cualquier situación que pudiera suscitarse.

Lugar y fecha:




Firma del MVZ Responsable

Firma del propietario (s)





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
M.V.Z. David Luna Crisanto	M. C. 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	ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA PARA PERROS Y GATOS
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/MP/DS/DCAyBA/002

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 actividades para evitar la sobrepoblación animal (canina y felina).

Se tiene el objetivo de promover y ejecutar permanentemente la Jornada 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, así como las y los usuarios(as) de Tlalnepantla de Baz y de otras localidades que soliciten el servicio de esterilización de perros y gatos.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

Federal:

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ◆ Constitución del Estado Libre y Soberano de México.
- ◆ 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.
- ◆ Guía para Organizar “Jornadas Intensivas y Permanentes de Esterilización Quirúrgica de Perros y Gatos en la Secretaría de Salud”.

Estatal:

- ◆ Reglamento del Libro Sexto del Código para la Biodiversidad del Estado de México Gaceta del Gobierno del Estado de México, sus reformas y adiciones.

Municipal:

- ◆ Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz, Estado de México 2023, sus reformas y adiciones.
- ◆ Reglamento Interno del Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz.

➤ RESPONSABILIDADES

Persona Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, deberá:

Programar la fecha de la jornada de esterilización; así como instruir al Médico Veterinario Zootecnista responsable para la ejecución de la misma.





Médico Veterinario Zootecnista responsable, deberá:

Administrar los insumos necesarios para la ejecución de la actividad e instalar la Jornada de Esterilización.

Personal Administrativo, deberá:

Realizar el registro de los animales presentes; recabar los datos del usuario(a) y la mascota para firma de la responsiva de esterilización; así como archivar las responsivas de esterilización.

Médico Veterinario Zootecnista, deberá:

Realizar la anestesia de la mascota, proceder a la antisepsia del plano anatómico a incidir y realizar la Ooforo Salpingo Histerectomía (OSH) o a la Orquiectomía, según sea el caso.

Usuario(a):

Presentar a su mascota con los requisitos especificados.

➤ **GLOSARIO**

- **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.
- **Centro de Atención Canina:** Son establecimientos de servicio público orientados a resolver los problemas que provocan los perros y en menor proporción los gatos, tanto en la vía pública como en los domicilios, que ponen en riesgo la salud de la población.
- **Caravanas por tu Salud:** Red de servicios de salud para la población del municipio de Tlalnepantla de Baz, promovidos por el Gobierno Municipal.
- **Clínicas Veterinarias Municipales:** A los centros de atención médica veterinaria donde se brindan servicios de primer nivel para las mascotas como consulta veterinaria, toma y envío de muestras de laboratorio, certificados médicos, vacunas, manejo de heridas, toma de rayos x, realización de cirugías de tejidos blandos, servicio de estética y farmacia.
- **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).



- **Mesa de Mayo:** Mesa auxiliar que sirve para colocar todo el instrumental quirúrgico que el cirujano va a necesitar para realizar una operación.
- **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.
- **Tenencia Responsable:** Son todos los cuidados, responsabilidad y compromisos que conlleva tener un animal de compañía como mascota, para que esta viva en armonía y con bienestar.

➤ ACRÓNIMOS

- **DCAyBA:** A la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.
- **INE:** A la credencial expedida por el Instituto Nacional Electoral.
- **OSH:** Ooforo Salpingo Histerectomía.

➤ INSUMOS

- Promoción de la Jornada de Esterilización Quirúrgica de Perros y Gatos.
- 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; rasuradora).
- Mobiliario en Caravanas por tu Salud (carpa, mesas, sillas, posicionadores).
- Mobiliario en Clínica Veterinaria Municipal (báscula, mesa de trabajo, mesa de preparación, camilla, mesa de cirugía y mesa de mayo).

➤ RESULTADOS

Realizar la esterilización de perros o gatos en las jornadas de esterilización, en las Clínicas Veterinarias Municipales; así como en Caravanas por tu Salud.

➤ POLÍTICAS

- Atender a la población del municipio de Tlalnepantla de Baz y de otras localidades que solicita el servicio con calidez y calidad.
- Utilizar métodos óptimos de esterilización para obtener buenos resultados de recuperación en los perros y gatos.
- Los números telefónicos de atención para información de las Jornadas de Esterilización son: Clínica Veterinaria Municipal (zona poniente), tel: 5592636746 en un horario de atención de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 horas; en la Clínica Veterinaria Municipal (zona oriente), tel: 5550887664, en un horario de atención de lunes a viernes de 09:00





a 18:00 horas o al Centro de Atención Canina, tel: 5557696405, en un horario de atención de lunes a viernes de 09:00 a 16:00 horas.

- El usuario(a) que presente al animal para la esterilización, deberá ser mayor de edad, contar con identificación oficial vigente (INE) y presentar copia de ésta; así como firmar una responsiva de esterilización en la cual autorizará la realización del procedimiento quirúrgico a su perro o gato.
- Sólo se recabará la información del usuario(a) y de la mascota conforme a lo establecido en el aviso de privacidad simplificado e integral.
- El horario de atención de las Jornadas de Esterilización, será de 09:00 a 14:00 horas (la recepción de los animales será hasta 12:30 horas o hasta el término de las fichas programadas).
- Para realizar la esterilización de perros y gatos, se deberán contar con los siguientes requisitos:
 - ✓ La mascota deberá contar con un ayuno de 12 horas de comida y agua para evitar complicaciones antes, durante y después de la cirugía.
 - ✓ Se requiere que la mascota sea mayor de 4 meses y menor a 8 años de edad.
 - ✓ No se recibirán hembras en celo, lactantes o recién paridas.
 - ✓ No se recibirán razas clasificadas como braquiocefálicas (Bulldog francés, Bulldog inglés, Pug, Bóxer, Shih Tzu, Boston Terrier, etc., en el caso de los perros y en gatos de la raza persa, Exótico de pelo corto, Birmano e Himalayo).
 - ✓ No animales enfermos ni con tratamiento médico.
 - ✓ Las mascotas deberán portar collar, correa y sólo si es necesario bozal; o se podrán contener en transportadora.
 - ✓ Llevar una cobija delgada para su recuperación
 - ✓ En ningún momento el usuario(a) podrá retirarse de la Jornada de Esterilización.
- Especificaciones a considerar en las Jornadas de Esterilización en las Clínicas Veterinarias Municipales.
 - ✓ Las Jornadas de Esterilización serán programadas una vez por semana, el día podrá ser variable, por lo que se solicita acudir o llamar vía telefónica para obtener más informes y programar una cita vía telefónica o presencial.
 - ✓ Se recomienda que la mascota se presente a una revisión clínica días antes del procedimiento.
 - ✓ Se podrá realizar dicho procedimiento a usuarios(a) de Tlalnepantla de Baz como de otras localidades.
- La participación de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal en Caravanas por tu Salud y las Jornadas realizadas en el Centro de Atención Canina sólo atenderán a usuarios(as) del municipio de Tlalnepantla de Baz.
- Para la esterilización de perros y gatos, la persona deberá acudir al lugar donde se realiza la Jornada de Esterilización de perros y gatos, la cual será publicada en las páginas oficiales del SMDIF previamente, ya sea mediante Caravanas por tu Salud, Clínicas Veterinarias Municipales o al Centro de Atención Canina.
- Se entregará al perro o gato al usuario(a) posterior a su recuperación de la anestesia (40 minutos aprox.)



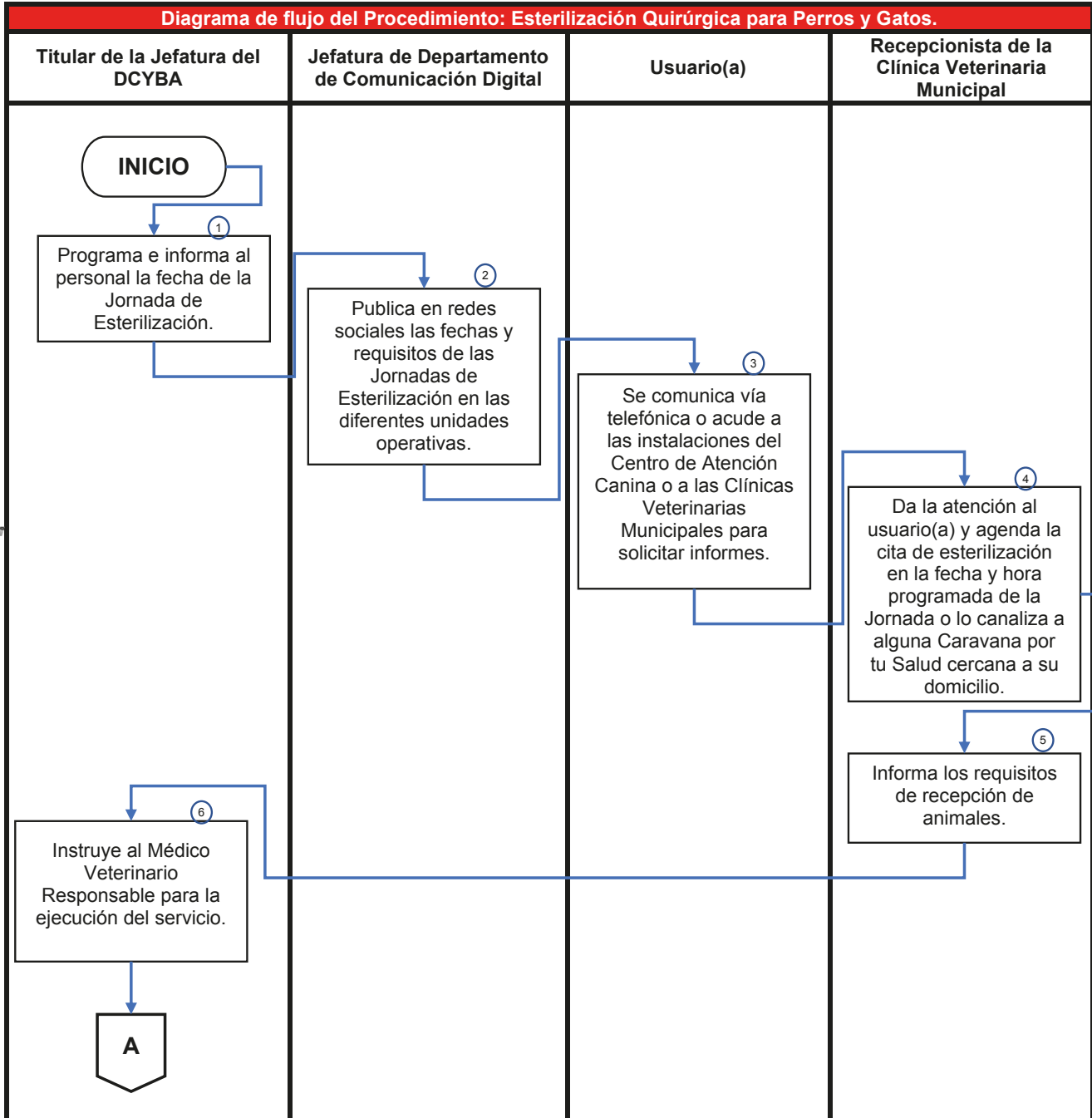
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Titular de la Jefatura del DCAyBA	1	Programa y/o informa al personal la fecha de la jornada de esterilización.
Departamento de Comunicación Digital	2	Publica por redes sociales las fechas y requisitos de las jornadas de esterilización en las diferentes unidades operativas de la Jefatura de Departamento de DCAyBA.
Usuario(a)	3	Se comunica vía telefónica o acude a las instalaciones del Centro de Atención Canina o a las Clínicas Veterinarias Municipales para pedir informes.
Recepcionista / Administrativo del DCAyBA	4	Da la atención al usuario(a) y agenda la cita de esterilización en la fecha y hora programada de la Jornada o lo canaliza a alguna Caravana por tu Salud cercana a su domicilio.
Recepcionista / Administrativo del DCAyBA	5	Especifica los requisitos de recepción de animales.
Titular de la Jefatura del DCAyBA	6	Instruye al Médico Veterinario Zootecnista Responsable para la ejecución de la Jornada de Esterilización.
Médico Veterinario Zootecnista Responsable	7	Instala la Jornada de Esterilización.
Médico Veterinario Zootecnista Responsable	8	Otorga una plática de tenencia responsable de mascotas y cuidados postoperatorios.
Médico Veterinario Zootecnista Responsable	9	Diagnostica clínicamente a las mascotas de los dueños asistentes a la Jornada de Esterilización.
Médico Veterinario Zootecnista Responsable	10	Determina si el perro o el gato son aptos para la esterilización.
Médico Veterinario Zootecnista Responsable	11	Se procede al registro de la mascota para la esterilización
Médico Veterinario Zootecnista Responsable	12	No. No se procede a la esterilización y se notifica al usuario(a).
Recepcionista / Administrativo del DCAyBA	13	Sí. Realiza el registro de los animales aptos para esterilización.
Usuario(a)	14	Firma responsiva de esterilización.
Médico Veterinario Zootecnista Responsable	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 OSH u orquiectomía, según sea el caso.
Médico Veterinario Zootecnista	18	Se entrega al perro o gato al usuario(a) posterior a su recuperación de la anestesia (40 minutos aprox.)
Administrativo del DCAyBA	19	Archiva las responsivas de esterilización.
FIN		



➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**

Diagrama de flujo del Procedimiento: Esterilización Quirúrgica para Perros y Gatos.



398



Diagrama de flujo del Procedimiento: Esterilización Quirúrgica para Perros y Gatos

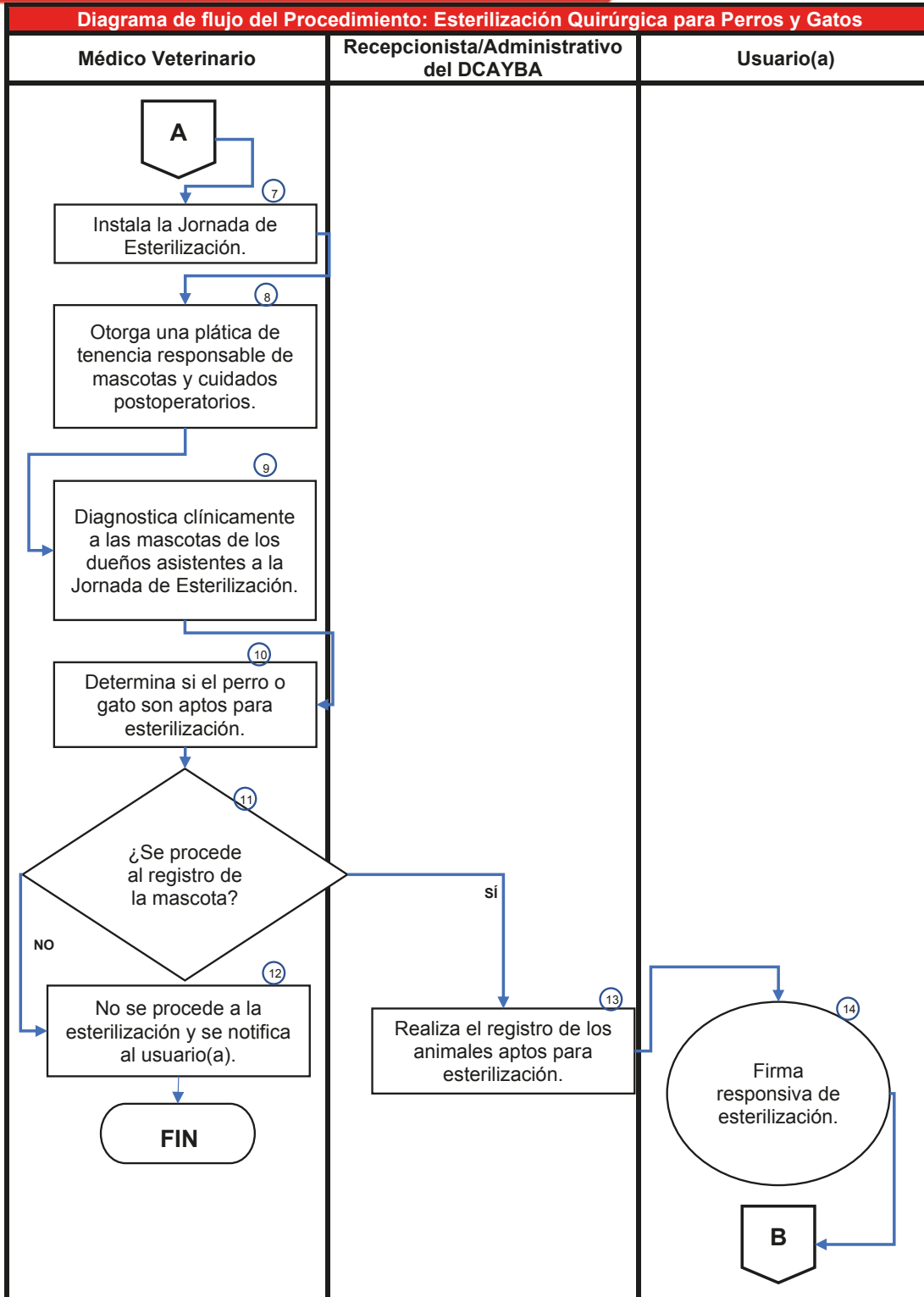
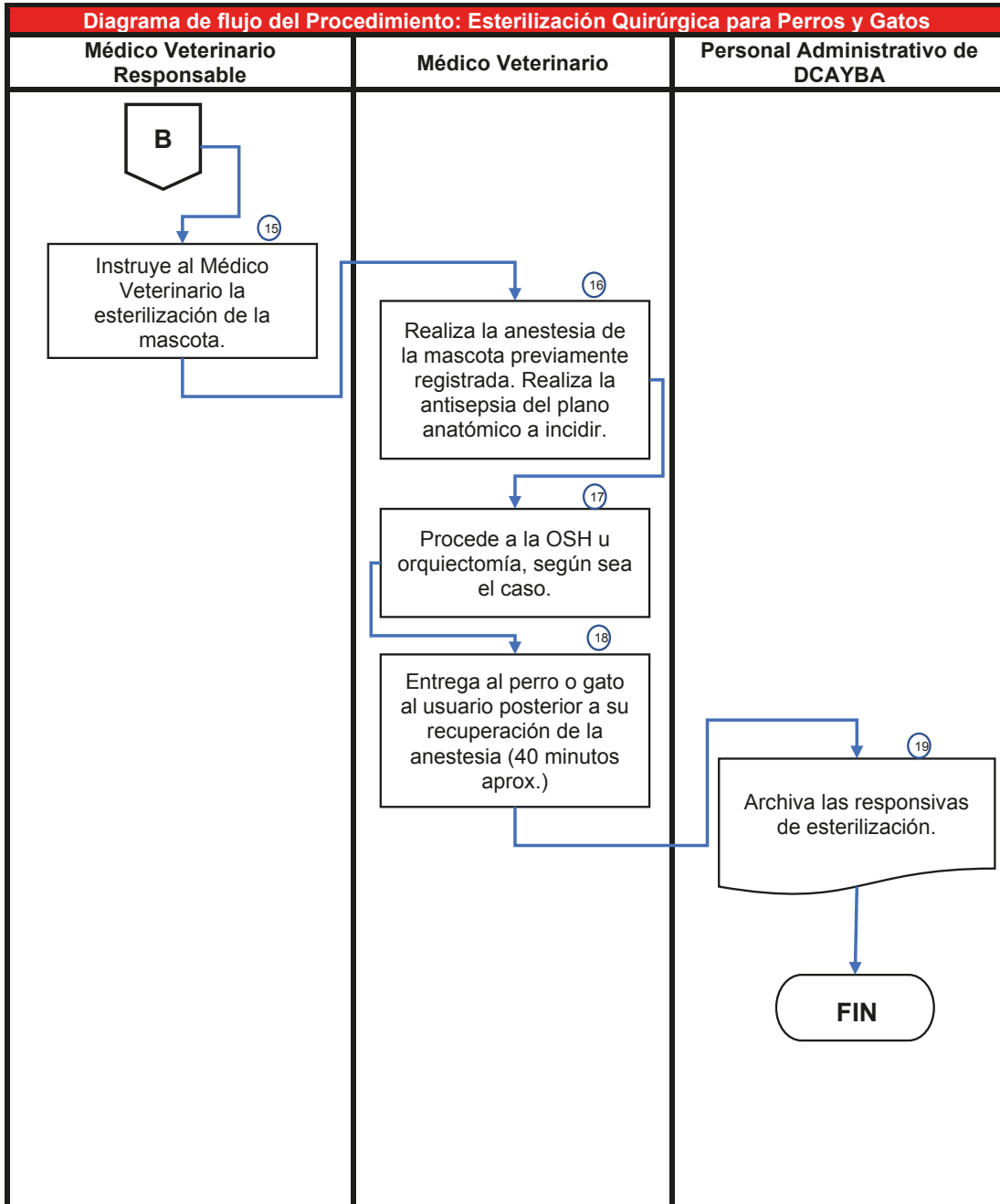




Diagrama de flujo del Procedimiento: Esterilización Quirúrgica para Perros y Gatos



400





➤ **FORMATOS**

▪ **Responsiva de Esterilización**



Responsiva de Esterilización

1/ FOLIO _____

2/ ENTIDAD FEDERATIVA: ESTADO DE MEXICO		3/ FECHA: _____	
4/ JURISDICCIÓN SANITARIA: TLALNEPANTLA		5/ MUNICIPIO: TLALNEPANTLA	
6/ UNIDAD DE SALUD: DEPARTAMENTO DE CONTROL, ATENCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL			
I. DATOS DEL PROPIETARIO:			
8/ NOMBRE DEL PROPIETARIO: (Solo mayores de 18 años)		9/ MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	
10/ DIRECCIÓN (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO)		11/ TELÉFONO: _____	
II. DATOS DEL ANIMAL:			
12/ PERRO <input type="checkbox"/> GATO <input type="checkbox"/>		13/ MACHO <input type="checkbox"/> HEMBRA <input type="checkbox"/>	
14/ VACUNADO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
15/ NOMBRE DEL ANIMAL:	16/ RAZA:	17/ COLOR:	18/ EDAD:
III. 19/ DIFUSIÓN:			
¿CÓMO SE ENTERO DE LA CAMPAÑA?			
PERIFONEO <input type="checkbox"/> VOLANTE <input type="checkbox"/> RADIO <input type="checkbox"/> PLÁTICA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> Especificar: _____			
MEDICAMENTOS UTILIZADOS:			
20/ PESO APROX. _____			
<input type="checkbox"/> XILAZINA: PRESENTACIÓN _____	NÚM. LOTE _____	F. CADUCIDAD _____	DOSIFICACIÓN (ml) _____
<input type="checkbox"/> HCL TILETAMINA - HCL ZOLAZEPAM: PRESENTACIÓN _____	NÚM. LOTE _____	F. CADUCIDAD _____	DOSIFICACIÓN (ml) _____
<input type="checkbox"/> DIAZEPAM: PRESENTACIÓN _____	NÚM. LOTE _____	F. CADUCIDAD _____	DOSIFICACIÓN (ml) _____
<input type="checkbox"/> KETAMINA: PRESENTACIÓN _____	NÚM. LOTE _____	F. CADUCIDAD _____	DOSIFICACIÓN (ml) _____
<input type="checkbox"/> ANTIBIOTICO: SUSTANCIA ACTIVA _____	PRESENTACIÓN _____	NÚM. LOTE _____	F. CADUCIDAD _____ DOSIFICACIÓN (ml) _____
IV. ESTERILIZACIÓN:			
24/ QUIEN REALIZO LA ESTERILIZACIÓN:			
TECNICA QUIRURGICA: OSH <input type="checkbox"/> 23/ ORQUIECTOMIA: MEDIAL <input type="checkbox"/> PRESCROTAL ATEHAL <input type="checkbox"/> ESCROTAL (GAIOS)	SSA: ESTATAL <input type="checkbox"/> JURISDICCIONAL <input checked="" type="checkbox"/>	AUTORIDAD LOCAL MUNICIPIO <input type="checkbox"/> CENTRO DE ATENCIÓN CANINA <input checked="" type="checkbox"/>	GRUPOS DE LA COMUNIDAD: ORGANIZACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL <input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN EDUCATIVA <input type="checkbox"/>
Nonatos Retirados _____		25/ Deceso <input type="checkbox"/> Causa: _____	

Certifico que los datos anteriores son verídicos y autorizo plenamente a los médicos veterinarios en esta campaña, para realizar la esterilización quirúrgica de manera totalmente gratuita, así como la colocación de cinta indoleble (tatuaje) en la herida, con el fin de identificar este proceso en el perro o gato que se describe, estando informado del estado de salud aparente de mi mascota, toda vez que se ha realizado una valoración clínica general, así como de los riesgos que implica la utilización de anestesia y la cirugía misma, asumiendo la responsabilidad de ello.

Así mismo, asumo la responsabilidad de los cuidados postoperatorios indicados puntualmente al reverso del certificado de esterilización para la adecuada recuperación de mi perro o gato, me doy por enterado de que AL NO SER RECLAMADA MI MASCOTA después del proceso quirúrgico, SERÁ CONSIDERADA ABANDONADA y quedará a disposición de la autoridad municipal competente.

Por lo que libero de cualquier tipo de responsabilidad a los médicos veterinarios de esta campaña, comprometiéndome a no ejercer ningún tipo de acción civil o penal en su contra. Firmo el presente, no existiendo dolo, mala fe, violencia o cualquier otro vicio del consentimiento que pudiera invalidarlo.

Lo anterior con fundamento en el Código para Biodiversidad del Estado de México Art. 6.4. Fracción III y V, Art. 6.11 Fracción III, Art. 6.23 Fracción VII y Art. 6.36, NOM-042-SSA2-2006 y NOM-011-SSA2-2011.

27/ MÉDICO VETERINARIO RESPONSABLE
 (NOMBRE, FIRMA y ADSCRIPCIÓN)

28/ CEDULA PROFESIONAL: _____

29/ PROPIETARIO
 HE LEIDO Y AUTORIZO
 (NOMBRE Y FIRMA)

30/ Identificación No. _____





▪ **Cuidados Postoperatorios**



CUIDADOS POST OPERATORIOS CLÍNICA VETERINARIA MUNICIPAL 55-92-63-67-46

- ✓ COLOCAR AL ANIMAL EN UN ESPACIO LIMPIO, SECO Y CONFORTABLE (EVITAR LUGARES FRIOS).
- ✓ NO DAR ALIMENTOS, NI AGUA, HASTA QUE SE RECUPERE TOTALMENTE DE LA ANESTESIA.
- ✓ APLICAR ANTISÉPTICO EN LA HERIDA.
- ✓ VIGILE QUE SU ANIMAL NO SE LAMA LA HERIDA, SI ES NECESARIO SE RECOMIENDA EL USO DE COLLAR ISABELINO.
- ✓ LA HERIDA DEBE MANTENERSE LIMPIA Y SECA, SIN SUPURACIONES.
- ✓ NO DAR MEDICAMENTO DE USO HUMANO.
- ✓ EVITAR QUE SALGA A LA CALLE POR LO MENOS DURANTE 10 DIAS.



▪ **Promoción de Jornada de Esterilización en Caravana por tu salud.**

CARAVANA por tu salud

- Consultas Médicas**
- Laboratorio y Salud Dental**
- Audiometría y Salud Visual**
- Esterilizaciones y Desparasitaciones**

Del 3 al 7 de julio de 8:00 a 15:00 hrs.

Calle Emiliano Zapata, Ex Ejido de San Lucas Patoni (frente a la Esc. Primaria Miguel Hidalgo).

Únicamente habitantes del municipio de Tlalnepantla de Baz. **Adultos** presentar INE vigente y menores de edad CURP.

Nuevo Gobierno, Nuevas Ideas @GobTlaine • 56 3622 0000



▪ Promoción de Jornada de Esterilización en Clínica Veterinaria Municipal

DIF Tlalnepantla 21 h · 🌐

📍 Todos los viernes, en la "Clínica Veterinaria Huellitas" organizamos una jornada especial de esterilizaciones. Este es un servicio vital para controlar la población de perros y gatos, además de ofrecer muchos beneficios para su salud ¡Te esperamos!




📍 Av Cultura Tolteca 62, U.H. Rosario I Sector III, Tlalnepantla de Baz, Méx.
☎ 55 9263 6746 de 9:00 a 18:00 horas.

#NuevoGobiernoNuevasIdeas

👍❤️ 75 16 comentarios • 22 veces compartido



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
M.V.Z. David Luna Crisanto	M.C. 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/2023/MP/DS/DCAyBA/003

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 realizar en coadyuvancia, con las autoridades sanitarias, campañas permanentes y gratuitas de vacunación antirrábica y desparasitación 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 del 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, a las y los ciudadanos de Tlalnepantla de Baz y de otras localidades que soliciten el servicio de vacunación antirrábica y desparasitación interna de perros y gatos.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

Federal:

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ◆ 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.

Estatal:

- ◆ 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.

Municipal:

- ◆ Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz, Estado de México.
- ◆ Reglamento Interno del Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz.





➤ RESPONSABILIDADES

Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, deberá:

Instruir al Médico Veterinario Zootecnista Responsable para la ejecución de la Jornada de Vacunación y Desparasitación.

Médico Veterinario Zootecnista Responsable, deberá:

Instalar la Jornada en Caravana por tu Salud.

Médico Veterinario Zootecnista, deberá:

Diagnosticar clínicamente a las mascotas de los usuarios(as) solicitantes del servicio de vacunación antirrábica y desparasitación interna; así como, determinar si el perro o gato es apto para la vacunación antirrábica y/o desparasitación interna.

Aplicar la vacuna antirrábica intramuscular o subcutánea al perro o gato, entregar al perro o gato ya vacunado con el certificado de vacunación antirrábica; en caso de que también se solicite el servicio de desparasitación interna deberá aplicar el desparasitante vía subcutánea a la mascota.

Usuario(a), deberá:

Acudir con su perro o gato al lugar de Caravana por tu Salud, o al Centro de Atención Canina o a Clínicas Veterinarias Municipales.

➤ GLOSARIO

- **Caravana por tu Salud:** Red de servicios de salud para la población del municipio de Tlalnepantla de Baz.
- **Centro de Atención Canina:** Son establecimientos de servicios públicos orientados a resolver los problemas que provocan los perros y en menor proporción los gatos, tanto en la vía pública como en los domicilios, que ponen en riesgo la salud de la población.
- **Clínicas Veterinarias Municipales:** A los centros de atención médica veterinaria donde se brindan servicios de primer nivel para las mascotas como consulta veterinaria, toma y envío de muestras de laboratorio, certificados médicos, vacunas, manejo de heridas, toma de rayos x, realización de cirugías de tejidos blandos, servicio de estética y farmacia.
- **Desparasitación Interna:** Es el procedimiento mediante el cual se eliminan los parásitos gastrointestinales que las mascotas pueden albergar en su organismo.
- **Inyección Intramuscular:** Es el depósito de un líquido dentro del tejido muscular para suposterior absorción.
- **Inyección Subcutánea:** Es el depósito de un líquido por debajo de la piel para su posterior absorción.
- **Vacuna:** Producto biológico que se inyecta al animal para prevenir enfermedades específicas.
- **Vacuna Antirrábica:** Producto biológico que se inyecta al animal para prevenir la rabia.





- **Zoonosis:** Se dice de cualquier enfermedad propia de los animales que incidentalmente puede contagiarse a las personas.

➤ **ACRÓNIMOS**

- **DCAyBA:** A la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.
- **INE:** A la credencial expedida por el Instituto Nacional Electoral.

➤ **INSUMOS**

- Certificado de vacunación antirrábica.
- Material (jeringas, agujas, vacuna antirrábica, hielera, refrigerantes, desparasitante).
- En Caravanas por tu Salud: carpa y mesa.
- En las Clínicas Veterinarias Municipales: Mesa de exploración.

➤ **RESULTADOS**

La correcta aplicación de la vacunación antirrábica y desparasitación interna de perros y gatos, a través de Caravanas por tu Salud, en Clínicas Veterinarias Municipales y en el Centro de Atención Canina.

➤ **POLÍTICAS**

- Atender a la población del municipio de Tlalnepantla de Baz y de otras localidades que solicita al servicio con calidez y calidad.
- El usuario(a) que presente al animal para la vacunación antirrábica y/o desparasitación interna, deberá ser mayor de edad, contar con identificación oficial vigente (INE) y presentar copia de ésta.
- Sólo se recabará la información del usuario(a) y de la mascota conforme a lo establecido en el aviso de privacidad simplificado e integral.
- El usuario(a) solicitante deberá acudir para ser beneficiario de este servicio a:
 - ✓ Caravanas por tu Salud: La cual será publicada, en las páginas oficiales del SMDIF, previamente. En un horario de atención de 09:00 a 15:00 horas. Sólo se atenderán a usuarios(as) del municipio de Tlalnepantla de Baz.
 - ✓ Al Centro de Atención Canina: En un horario de atención de lunes a viernes de 09:00 a 16:00 horas. Sólo se atenderán a usuarios(as) del municipio de Tlalnepantla de Baz.
 - ✓ A las Clínicas Veterinarias Municipales: En un horario de atención de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 horas. Se atenderán a usuarios(as) del municipio de Tlalnepantla.
- La vacunación antirrábica es un servicio totalmente gratuito, mientras que el servicio de desparasitación interna tendrá costo para los usuarios(as) de otras localidades que soliciten el servicio en las Clínicas Veterinarias Municipales.



- Los perros y gatos que requieran de la vacunación antirrábica, deberán ser mayores de 3 meses de edad y no presentar lesiones, enfermedades en curso o estar en tratamiento.
- Los perros y gatos que requieran de desparasitación interna, deberán contar con los siguientes requisitos:
 - ✓ Mayores de 1 año de edad.
 - ✓ No se podrá aplicar en perros de las siguientes razas: Border collie, Collie de Pelo Largo, Viejo Pastor Inglés, Pastor australiano, Pastor belga, Pastor australiano o que sean cruza de las razas anteriormente mencionadas.
 - ✓ No deberán presentar lesiones, enfermedades en curso o estar desnutridos.
 - ✓ No hembras gestantes o en lactación.

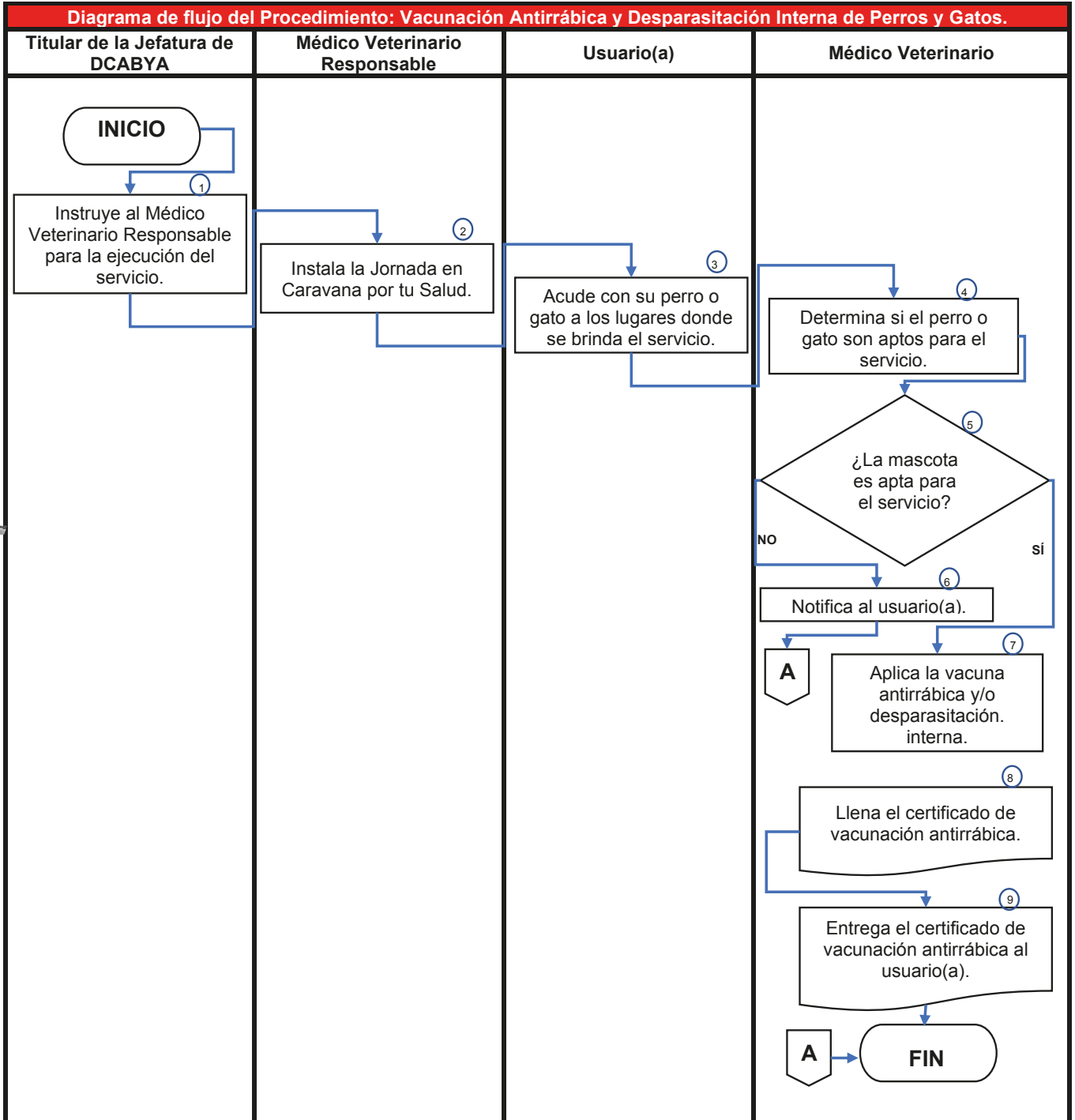
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal	1	Instruye al Médico Veterinario Responsable para la ejecución de la Jornada de Vacunación Antirrábica y Desparasitación.
Médico Veterinario Zootecnista Responsable	2	Instala la Jornada en Caravana por tu Salud.
Usuario(a)	3	Acude con su perro o gato al lugar de Caravana por tu Salud, o al Centro de Atención Canina o a Clínicas Veterinarias Municipales.
Médico Veterinario Zootecnista	4	Determina si el perro o el gato son aptos para la vacunación antirrábica y desparasitación interna.
Médico Veterinario Zootecnista	5	¿La mascota es apta para la vacunación y/o desparasitación interna?
Médico Veterinario Zootecnista	6	No. No se procede y se notifica al usuario(a).
Médico Veterinario Zootecnista	7	Sí. Aplica la vacuna antirrábica y/o desparasitación interna.
Médico Veterinario Zootecnista	8	Llena el certificado de vacunación antirrábica y/o apunta en el carnet de la salud la desparasitación aplicada.
Médico Veterinario Zootecnista	9	Entrega el certificado de vacunación antirrábica al usuario(a).
FIN		



➤ DIAGRAMA DE FLUJO

Diagrama de flujo del Procedimiento: Vacunación Antirrábica y Desparasitación Interna de Perros y Gatos.



410



➤ **FORMATOS**



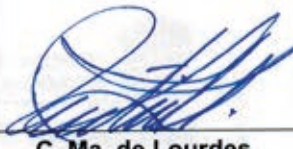
- **Certificado de Vacunación Antirrábica**

		GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO			
Certificado de Vacunación Antirrábica Canina				1/FOLIO: 3019000	
2/JURISDICCIÓN SANITARIA:		3/UNIDAD DE SALUD:		4/FECHA DE VACUNACIÓN:	
5/PROPIETARIO:				6/TELÉFONO:	
7/DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ENTIDAD FEDERATIVA):					
8/ESPECIE PERRO () GATO ()		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/Nº. LOTE:		17/FECHA DE CADUCIDAD:
18/PROXIMA VACUNACIÓN:		19/NOMBRE Y FIRMA DEL VACUNADOR:			
ANVERSO				208C0101100000L-266-19	





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
M.V.Z. David Luna Crisanto	M. C. 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	ESTÉTICA ANIMAL
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/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 procurar la salud física, higiene y aspecto de perros y gatos.

La estética de los animales ha cobrado importancia, por ello el objetivo central del servicio es ser un filtro importante para observar y detectar anomalías en las mascotas y así canalizarlos para la atención médica veterinaria.

➤ ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud, a través de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, a los usuarios(as) de Tlalnepantla de Baz y de otras localidades que soliciten el servicio de baño, estética y/o corte de uñas para perros y gatos.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

Federal:

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ◆ Ley General de Sanidad Animal.

Estatal:

- ◆ 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.

Municipal:

- ◆ Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz, Estado de México.
- ◆ Reglamento Interno del Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz.

➤ RESPONSABILIDADES

Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, deberá:

Planificar los insumos y supervisar la logística de los servicios de estética para perros y gatos.

Médico Veterinario Zootecnista Responsable, deberá:

Administrar los insumos requeridos para la estética animal y supervisar los servicios de estética para perros y gatos.





Recepcionista de la Clínica Veterinaria Municipal, deberá:

Brindar atención al usuario(a) que acude a las instalaciones de la Clínica Veterinaria Municipal o que se comunica vía telefónica; comprobar la disponibilidad de fechas y horarios para la programación de los servicios de estética animal y agendar las citas de los servicios de estética para perros y gatos; canalizar al usuario(a) solicitante de los servicios con el Estilista Canino.

Estilista canino de la Clínica Veterinaria Municipal, deberá:

Ofrecer los servicios con calidad y calidez para los perros y gatos; recabar los datos del usuario(a) y de la mascota para firma de la hoja de declaración de aceptación del servicio; asimismo notificar a los usuarios(as) si se encuentran hallazgos de lesiones o enfermedades en sus mascotas y en su caso canalizarlos a los Servicios Médicos Veterinarios.

Administrativo de la Clínica Veterinaria Municipal, deberá:

Archivar la documentación que resulte de los servicios médicos veterinarios para integrarla a los expedientes clínicos de los pacientes.

Usuario(a), deberá:

Realizar una cita y acudir con la mascota a la Clínica Veterinaria Municipal en la fecha y horario programados, solicitando el o los servicios de estética animal; firmar una hoja de autorización de los servicios de estética animal; así como asistir a la Clínica Veterinaria Municipal en tiempo y forma para la entrega de la mascota.

➤ **GLOSARIO**

- **Animal de compañía:** Es aquel animal doméstico (que se cría, se reproduce y convive con personas y no pertenece a la fauna salvaje) que vive en el hogar con finalidad de obtener compañía.
- **Clínicas Veterinarias Municipales:** A los centros de atención médica veterinaria donde se brindan servicios de primer nivel para las mascotas: como consulta veterinaria, toma y envío de muestras de laboratorio, certificados médicos, vacunas, manejo de heridas, toma de rayos x, realización de cirugías de tejidos blandos, servicio de estética y farmacia.
- **Estética Animal:** Disciplina que engloba el cuidado, mejora y mantenimiento de las mascotas en términos de salud, alimentación y por supuesto, higiene y estética.

➤ **ACRÓNIMOS**

- **DCAyBA:** A la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.
- **INE:** A la credencial expedida por el Instituto Nacional Electoral.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlaxcala de Baz.





➤ INSUMOS

- Hoja de servicio de estética (Baño y/o corte de pelo).
- Hoja de servicio de corte de uñas.
- Tina para baño, mesa de tres niveles para estética y módulos de jaulas.
- Shampoo y jabón.
- Rasuradora, navajas tijeras y secadora.
- Cepillos, carda y peine.
- Piola.

➤ RESULTADOS

Garantizar una higiene completa que evite infecciones y otros problemas de salud.

➤ POLÍTICAS

- Se atenderá a la población del municipio de Tlalnepantla de Baz y de otras localidades que soliciten el servicio con calidez y calidad.
- Se especifica un costo para los usuarios(as) del municipio de Tlalnepantla de Baz, mientras que, para los usuarios(as) de otras localidades, el costo de los servicios médicos veterinarios es diferente, ambos costos se encuentran establecidos, de acuerdo al “Catalogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF”, vigente.
- El usuario(a) que presente a su mascota para los servicios de estética animal, deberá ser mayor de edad, contar con identificación oficial vigente (INE) y presentar copia de ésta; firmar una hoja de servicio de estética animal en la cual declara la aceptación del servicio.
- Sólo se recabará la información del usuario(a) conforme a lo establecido en el aviso de privacidad simplificado e integral.
- Se utilizarán métodos óptimos de limpieza para evitar reacciones adversas.
- Los servicios de estética animal se refieren a los servicios de baño, corte de pelo y corte de uñas.
- El usuario(a) podrá escoger los servicios que requiera la mascota.
- El usuario(a) interesado deberá agendar la cita para el servicio de estética, ya sea para corte de pelo o baño, mientras que para el servicio de corte de uñas no será necesario realizar previa cita.
- Para los servicios de estética animal, el usuario(a) deberá acudir a las Clínicas Veterinarias Municipales ubicadas en:
 - ✓ Zona poniente: Av. Cultura Tolteca #62, U.H. El Rosario I Sector III.
 - ✓ Zona oriente: Antiguo Camino a San José S/N, Industrial La Presa en el municipio de Tlalnepantla de Baz.





- El horario de atención es de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 horas con previa cita, en las Clínicas Veterinarias Municipales o a los siguientes números telefónicos en zona poniente al 5592636746 o en zona oriente al 5550887664.
- El tiempo de tolerancia será de 20 minutos por la programación de las siguientes citas.
- Si el usuario(a) presenta a su mascota enferma o con lesiones en el cuerpo no se realizará el servicio de estética animal, en particular el baño y corte de pelo, por lo que se canalizará a los Servicios Médicos Veterinarios.
- En caso de que un usuario(a) no recoja a su mascota en el horario indicado se realizará un cobro extra; si al siguiente día no es reclamado el animal, se considerará como abandonado y pasará a tutela de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.





➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario(a)	1	Se comunica vía telefónica o asiste a las instalaciones de la Clínica Veterinaria Municipal y programa una cita.
Recepcionista de la Clínica Veterinaria Municipal	2	Comprueba la disponibilidad de fecha y horario y programa la cita.
Usuario(a)	3	Asiste a las Clínicas Veterinarias Municipales en la fecha y horario correspondiente para recibir el servicio.
Recepcionista de la Clínica Veterinaria Municipal	4	Recibe al usuario(a) y efectúa el cobro correspondiente de acuerdo al servicio solicitado.
Recepcionista de la Clínica Veterinaria Municipal	5	Canaliza al usuario(a) con el estilista canino.
Estilista Canino de la Clínica Veterinaria Municipal	6	Recibe a la mascota y realiza una inspección del animal.
Estilista Canino de la Clínica Veterinaria Municipal	7	¿La mascota puede recibir los servicios de Estética Animal?
Estilista Canino de la Clínica Veterinaria Municipal	8	No. Canaliza al usuario(a) con el Médico Veterinario.
Estilista Canino de la Clínica Veterinaria Municipal	9	Sí. Recaba los datos del usuario(a) y de la mascota.
Estilista Canino de la Clínica Veterinaria Municipal	10	Elabora una hoja de Servicios de Estética Animal.
Usuario(a)	11	Firma la autorización del servicio.
Estilista Canino de la Clínica Veterinaria Municipal	12	Realiza el o los servicios de estética animal.
Recepcionista de la Clínica Veterinaria Municipal	13	Se comunica vía telefónica con el usuario(a) para la entrega de su mascota.
Usuario (a)	14	Asiste a la Clínica Veterinaria Municipal para recoger a su mascota.
Estilista Canino de la Clínica Veterinaria Municipal	15	Entrega a la mascota.
Administrativo de la Clínica Veterinaria Municipal	16	Archiva los documentos que resulten de la Estética Animal.
FIN		





➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**

Diagrama de flujo del Procedimiento: Estética Animal.

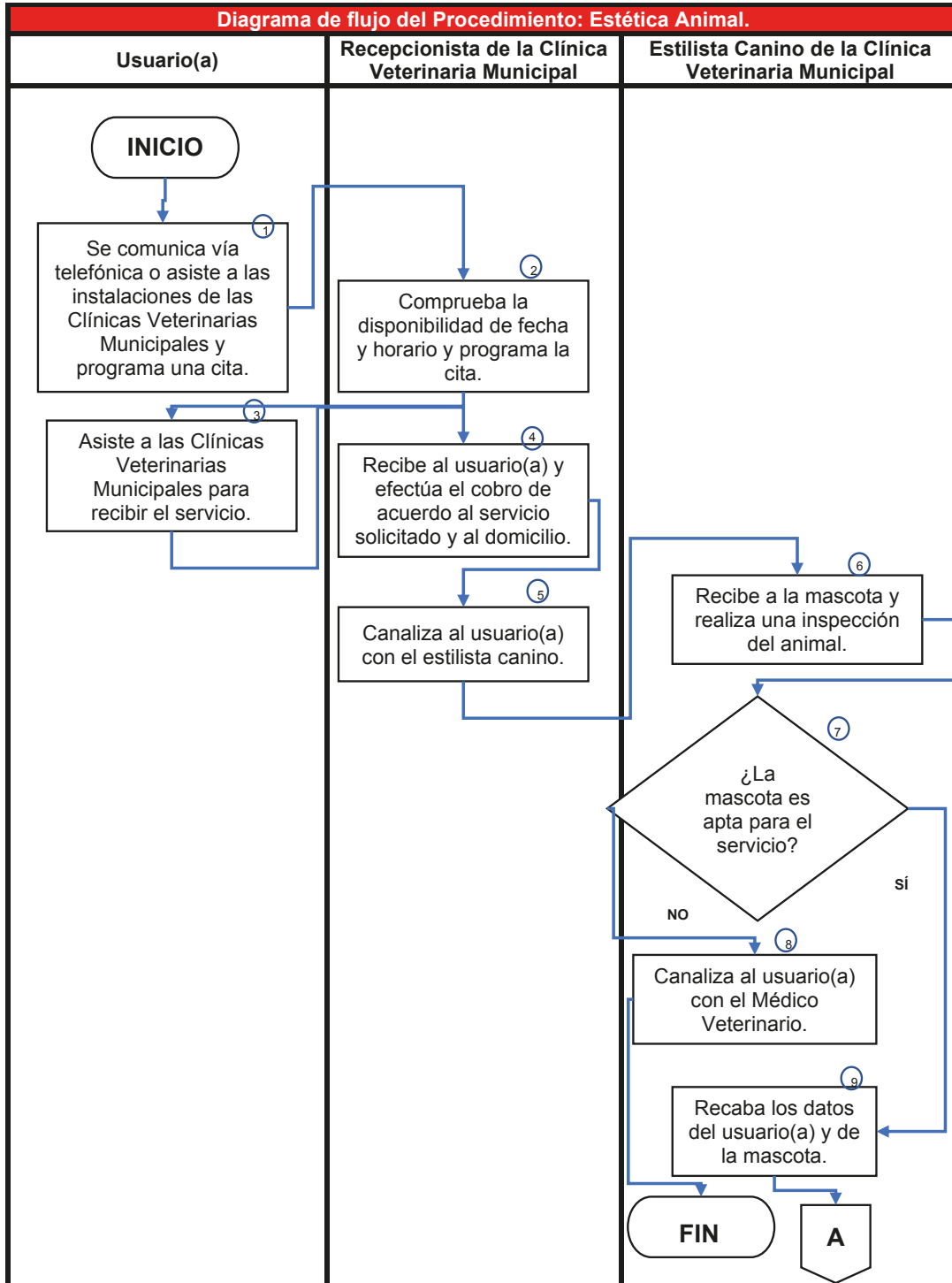
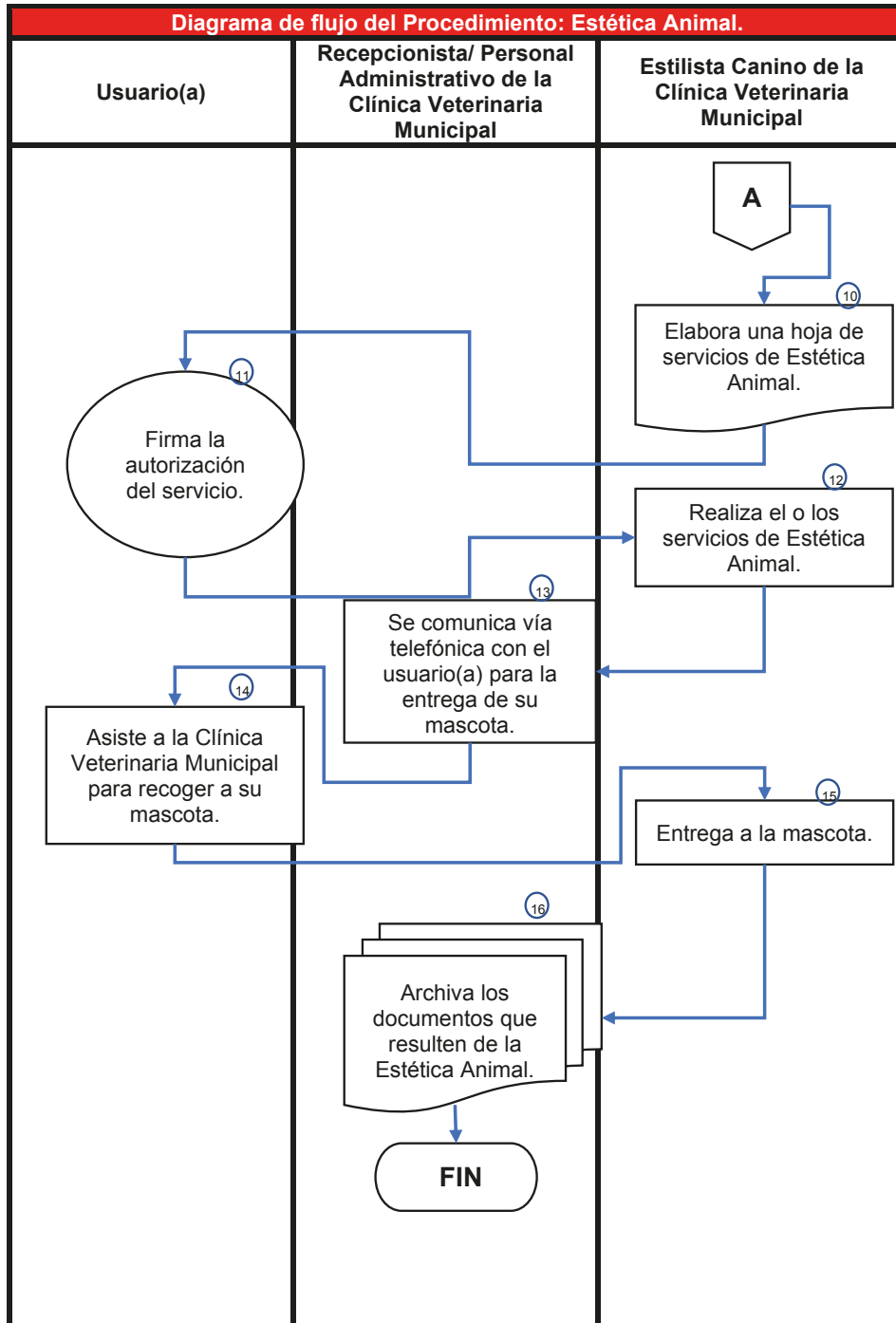




Diagrama de flujo del Procedimiento: Estética Animal.





➤ **FORMATOS**

- **Hoja de Servicio de Estética (Baño y/o Corte de Pelo)**

SERVICIO DE ESTÉTICA (BAÑO Y/O CORTE)

Fecha y hora: _____ Tipo de servicio: Estética Baño

Datos del propietario:

Nombre: _____ Edad: _____
 Domicilio: _____ Teléfono / Celular: _____

Datos de la mascota:

Nombre: _____ Especie: _____
 Raza: _____ Sexo: _____ Edad: _____

ANTECEDENTES DE LA MASCOTA Y OBSERVACIONES DEL PROPIETARIO

Alergias: _____
 Armonías: _____
 Edificables: _____

DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DEL SERVICIO

Yo, persona _____, he recibido la información en relación a los servicios del personal técnico que se brinda a dogs en el municipio, así como también los riesgos posibles que existen entre:

- Intoxicación por rasado por parte de la mascota.
- Que nunca introduzca por agua.
- Cortadas e irritaciones por el uso de productos para mascotas.
- Intoxicación de sus ojos por usar el gel al momento.

De acuerdo a la información recibida anteriormente, autorizo a la entidad con la realización del servicio, deslindando de toda responsabilidad a la misma.

FIRMA DEL PROPIETARIO

OBSERVACIONES DEL ESTILISTA:

2023 Noviembre Nuevo Gobierno. Nuevo Horario Servicio Estético 01 000-0000

421

- **Hoja de Servicio de Corte de Uñas**

SERVICIO DE ESTÉTICA (CORTE DE UNAS)

Fecha y hora: _____ Tipo de servicio: CORTE DE UNAS

Datos del propietario:

Nombre: _____ Edad: _____
 Domicilio: _____ Teléfono / Celular: _____



Datos de la mascota:

Nombre: _____ Especie: _____
 Raza: _____ Sexo: _____ Edad: _____

OBSERVACIONES DEL ESTILISTA:



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
M.Z.V. David Luna Crisanto	M.C. 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 HUMANITARIA Y MONITOREO RÁBICO
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/MP/DS/DCAyBA/005

ÍNDICE

- **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 cuenten con previo reporte de mordedura o sean reincidentes para el envío de muestra de encéfalos caninos y felinos para Monitoreo Rábico, así como animales en situación de vulnerabilidad o por donación.

➤ ALCANCE

Aplica a la Dirección de Salud, a través de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal; así como a los usuarios(as) de Tlalnepantla de Baz o de otras localidades que soliciten el servicio de eutanasia; o aquellos animales con previo reporte o por una orden emitida por un Juez.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

Federal:

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ◆ 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.

Estatal:

- ◆ 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.

Municipal:

- ◆ Bando Municipal de Tlalnepantla de Baz, Estado de México.
- ◆ Reglamento Interno del Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz.

➤ RESPONSABILIDADES

Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, deberá:

Instruir al Responsable Operativo y al Médico Veterinario Zootecnista para la programación de la actividad.





Responsable Operativo, deberá:

Trasladar a los animales capturados a las instalaciones del Centro de Atención Canina.

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.

Médico Veterinario Zootecnista de la Clínica Veterinaria Municipal, deberá:

Determinar si el animal requiere de Eutanasia al observarse limitado por enfermedad o limitación física, que no sea compatible con la vida.

Administrativo del Centro de Atención Canina, deberá:

Archivar el expediente.

Usuario(a), deberá:

Solicitar el servicio en Clínica Veterinaria Municipal con previa revisión clínica de la mascota; firmar la hoja de autorización de Eutanasia; así como llevarse a su mascota para disposición final.

➤ **GLOSARIO**

- **Anestesia:** Procedimiento químico farmacológico disociativo, necesario para el procedimiento quirúrgico.
- **Animal:** Perro o gato.
- **Clínica Veterinaria Municipal:** A los centros de atención médica veterinaria donde se brindan servicios de primer nivel para las mascotas como consulta veterinaria, toma y envío de muestras de laboratorio, certificados médicos, vacunas, manejo de heridas, toma de rayos x, realización de cirugías de tejidos blandos, servicio de estética y farmacia.
- **Centro de Atención Canina:** Son establecimientos de servicio público orientados a resolver los problemas que provocan los perros y en menor proporción los gatos, tanto en la vía pública como en los domicilios, que ponen en riesgo la salud de la población.
- **Caravanas por tu Salud:** Red de servicios de salud para la población del municipio.
- **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; asimismo incluye a aquellos que donados de manera voluntaria por sus dueño; los cachorros sin sus madres y 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 medie la orden de un juez.





- **Manejo:** Conjunto de prácticas para la captura, traslado, cuarentena, carga y descarga y sujeción, que les garanticen niveles de bienestar y les eviten dolor, sufrimiento, ansiedad, traumatismos y estrés.
- **Sobredosis:** Cantidad de un fármaco que sobrepasa la dosis recomendada para ejercer su efecto farmacológico y que puede causar intoxicación o la muerte.
- **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

- **DCAyBA:** A la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.
- **INE:** Credencial oficial expedida por el Instituto Nacional Electoral.
- **LESP:** Laboratorio Estatal en Salud Pública.
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

➤ INSUMOS

- 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.
- Hoja de autorización de eutanasia.

➤ 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 y de otras localidades que soliciten el servicio con calidez y calidad.
- Utilizar métodos que provoquen la muerte del animal sin dolor.
- El servicio de Eutanasia Humanitaria de mascotas que presenten los usuarios(as) en el Centro de Atención Canina será gratuito.
- En el Centro de Atención Canina se realizará la Eutanasia Humanitaria 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 por una orden emitida por un Juez.
- En caso de sospecha de rabia se realizará la observación del animal durante 10 días y se procederá a la Eutanasia Humanitaria; asimismo, se sacará una muestra de encéfalo para Monitoreo Rábico.
 - Al término de la observación clínica, el propietario del animal tendrá un lapso de 48 horas para reclamarlo.
 - En caso de que fallezca la mascota, se notificará al usuario(a) afectado para que acuda a su Centro de Salud más cercano. El encéfalo del perro o gato agresor será enviado al LESP a través de la Jurisdicción Sanitaria para monitoreo del virus rábico.
 - En las Clínicas Veterinarias Municipales el usuario(a) que presente al perro o gato para el servicio de Eutanasia Humanitaria, deberá ser mayor de edad y mostrar su identificación oficial vigente (INE) y, presentar una copia simple de esta.
 - Sólo se recabará la información del usuario(a) y de la mascota conforme a lo establecido en el aviso de privacidad simplificado e integral.
 - El usuario(a) deberá presentarse en las Clínicas Veterinarias Municipales ubicadas en:
 - ✓ Zona poniente: Av. Cultura Tolteca #62, U.H. El Rosario I Sector III.
 - ✓ Zona oriente: Antiguo Camino a San José S/N, Industrial La Presa en el municipio de Tlalnepantla de Baz.
 - El horario de atención es de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 horas, la recepción del último paciente será a las 17:00 horas.
 - Se especificará un costo para los usuarios(as) del municipio de Tlalnepantla de Baz, mientras que, para los usuarios(as) de otras localidades, el costo de los servicios médicos veterinarios es diferente, ambos costos se encuentran establecidos, de acuerdo al “Catalogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF”, vigente.
 - En las Clínicas Veterinarias Municipales, al solicitar el servicio de Eutanasia Humanitaria, se requerirá previamente que el Médico Veterinario haya valorado la condición del animal.
 - La persona que presente al animal para la Eutanasia Humanitaria, deberá ser mayor de edad y deberá firmar el formato de autorización de eutanasia, por ser un procedimiento irreversible, asimismo al realizar el procedimiento, el usuario(a) deberá llevarse consigo el cadáver del animal.



➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Descripción de actividades en el supuesto que la Eutanasia Humanitaria se lleve a cabo por previo reporte de mordedura, animales en situación de vulnerabilidad o por donación.

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Titular de la Jefatura de DCAyBA	1	Instruye al Responsable Operativo para la ejecución de la captura del animal o animales.
Responsable Operativo del Centro de Atención Canina	2	Llega al punto, ubica al animal o animales y procede a la captura.
Responsable Operativo del Centro de Atención Canina	3	Resguardada en las instalaciones animal o animales del Centro de Atención Canina.
Titular de la Jefatura de DCAyBA	4	Programa la actividad para su ejecución.
Médico Veterinario Zootecnista del Centro de Atención Canina	5	¿Se sospecha de rabia?
Médico Veterinario Zootecnista del Centro de Atención Canina	6	No. Se procede a la Eutanasia Humanitaria y la posterior disposición correcta de cadáveres.
Médico Veterinario Zootecnista del Centro de Atención Canina	7	Sí. Realiza la observación del animal durante 10 días.
Médico Veterinario Zootecnista del Centro de Atención Canina	8	Al término de los días de observación del animal, procede a realizar la Eutanasia.
Médico Veterinario Zootecnista del Centro de Atención Canina	9	Realiza la extracción del encéfalo del animal, se asigna un folio para control interno.
Médico Veterinario Zootecnista del Centro de Atención Canina	10	Elabora formato para envío de muestras biológicas para diagnóstico de rabia.
Médico Veterinario Zootecnista del Centro de Atención Canina	11	Turna oficio dirigido a la Jurisdicción Sanitaria de Tlaxcala al Departamento de Zoonosis y Vectores para atención y envío del encéfalo para Monitoreo Rábico.
Titular de la Jefatura de DCAyBA	12	Envía oficio y encéfalo en una hielera a la Jurisdicción Sanitaria de Tlaxcala al Departamento de Zoonosis y Vectores.
Titular de la Jefatura de DCAyBA	13	Recibe reporte del resultado de la muestra del Laboratorio Estatal en Salud Pública (LESP).
Titular de la Jefatura de DCAyBA	14	¿Qué procede con el resultado de laboratorio?
Titular de la Jefatura de DCAyBA	15	Negativo. Se archiva y concluye el caso.
Titular de la Jefatura de DCAyBA	16	Positivo. Se esperan instrucciones de la autoridad sanitaria competente.
FIN		



Descripción de actividades en el supuesto que la Eutanasia se lleve a cabo por alguna enfermedad terminal o con alguna limitación física.

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario(a)	1	Acude a las instalaciones de la Clínica Veterinaria Municipal y solicita el servicio.
Recepcionista de la Clínica Veterinaria Municipal	2	Otorga la atención, recaba datos del usuario(a) y de la mascota, y efectúa el cobro de la revisión clínica.
Recepcionista de la Clínica Veterinaria Municipal	3	Canaliza al usuario(a) con el Médico Veterinario.
Médico Veterinario Zootecnista de la Clínica Veterinaria Municipal	4	Valora la condición del animal mediante una revisión clínica.
Médico Veterinario Zootecnista de la Clínica Veterinaria Municipal	5	Determina si el perro o gato cumple con los criterios médicos para eutanasiarlo.
Médico Veterinario Zootecnista de la Clínica Veterinaria Municipal	6	¿El animal se encuentra en fase terminal o con alguna limitación física?
Médico Veterinario Zootecnista de la Clínica Veterinaria Municipal	7	No. No se procede a la Eutanasia y se remite a alguna Clínica u Hospital Veterinario para que le otorguen el tratamiento médico para la resolución de su enfermedad.
Médico Veterinario Zootecnista de la Clínica Veterinaria Municipal	8	Sí. Se procede a la eutanasia humanitaria del animal.
Médico Veterinario Zootecnista de la Clínica Veterinaria Municipal	9	Elabora el formato de autorización de Eutanasia.
Usuario(a)	10	Firma la hoja de autorización de Eutanasia.
Médico Veterinario Zootecnista de la Clínica Veterinaria Municipal	11	Procede a realizar la Eutanasia Humanitaria de la mascota.
Médico Veterinario Zootecnista de la Clínica Veterinaria Municipal	12	Entrega el cadáver de la mascota al usuario(a).
Usuario(a)	13	Recoge al cadáver para su disposición final.
Personal Administrativo del Jefatura de DCyBA	14	Archiva la documentación.
Titular de la Jefatura de DCyBA	15	Supervisa y verifica que el procedimiento se haya realizado y brindado correctamente.
FIN		



➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**

Diagrama de flujo en el supuesto que la eutanasia humanitaria se lleve a cabo por mordedura

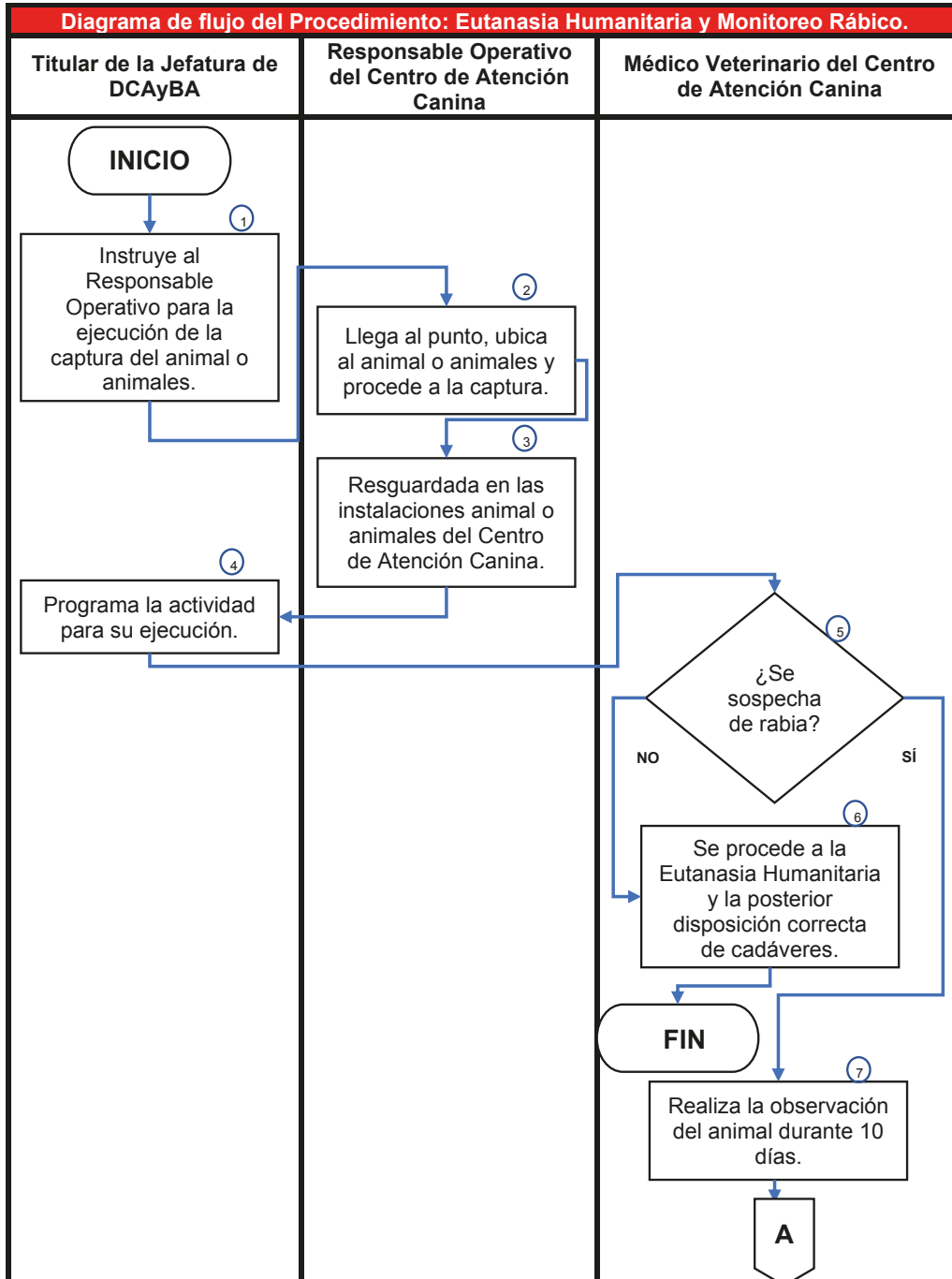




Diagrama de flujo del Procedimiento: Eutanasia Humanitaria y Monitoreo Rábico.

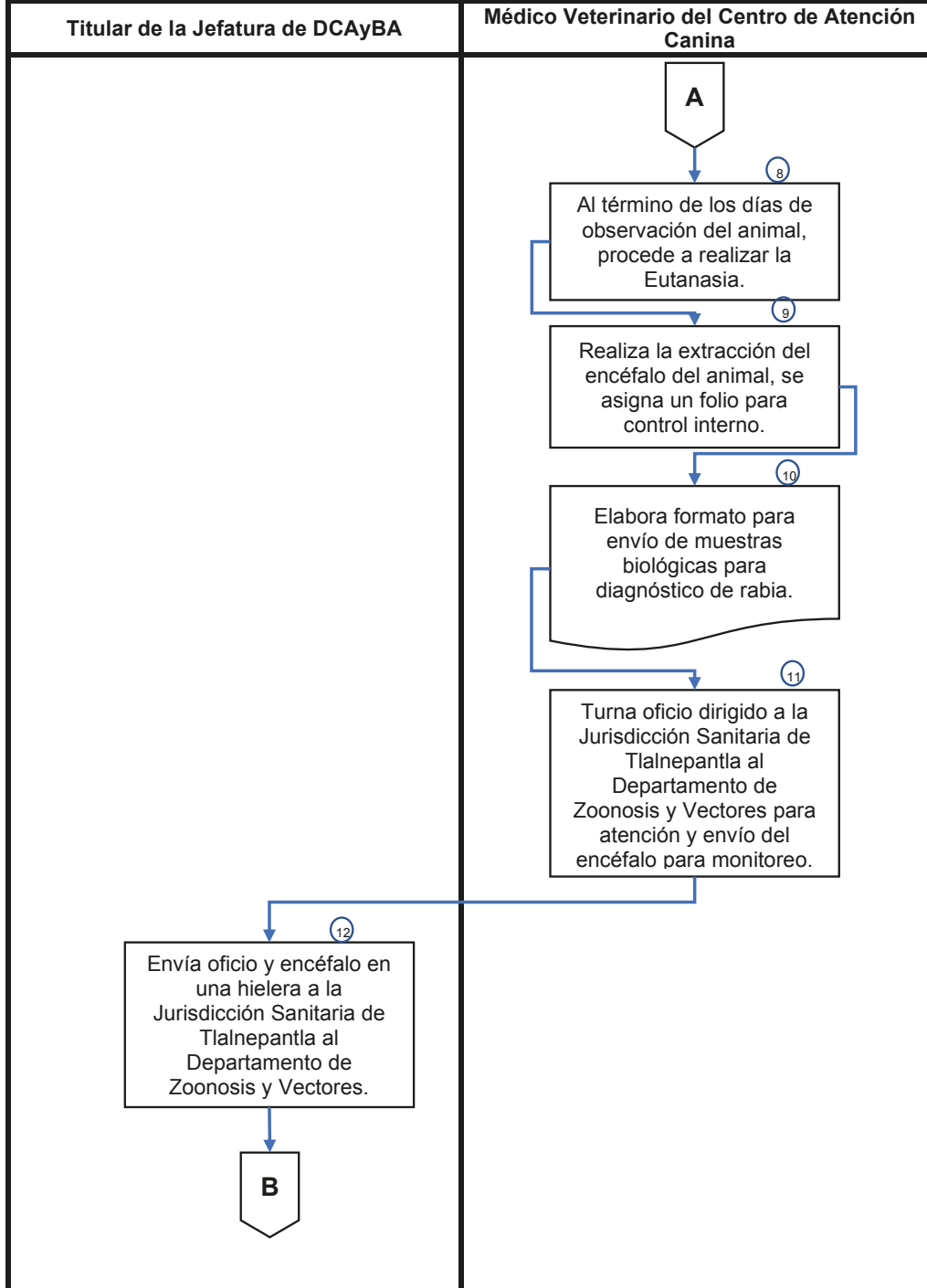
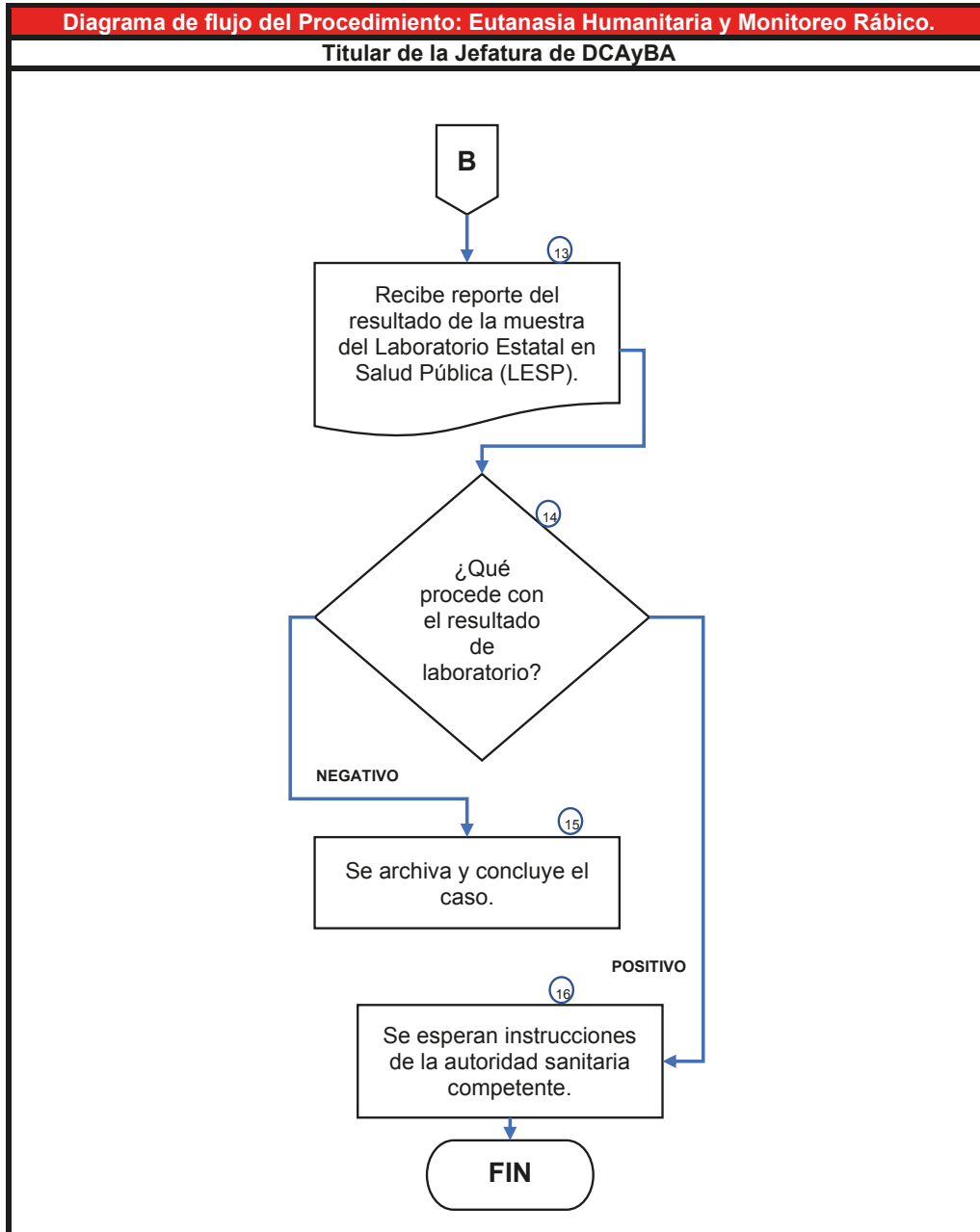




Diagrama de flujo del Procedimiento: Eutanasia Humanitaria y Monitoreo Rábico.

Titular de la Jefatura de DCAyBA



432





Diagrama de flujo en el supuesto que la Eutanasia se lleve a cabo por alguna enfermedad terminal o con alguna limitación física.

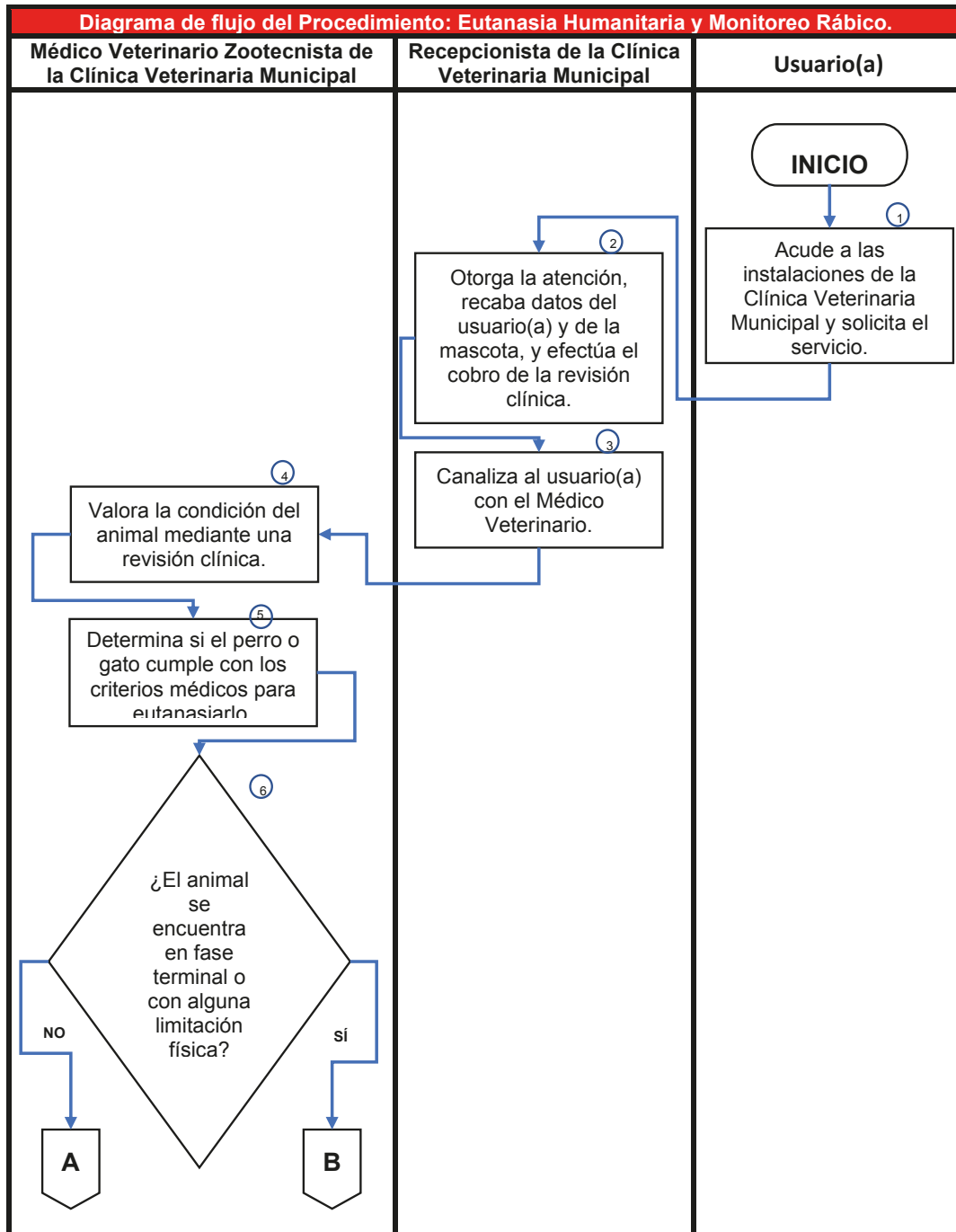
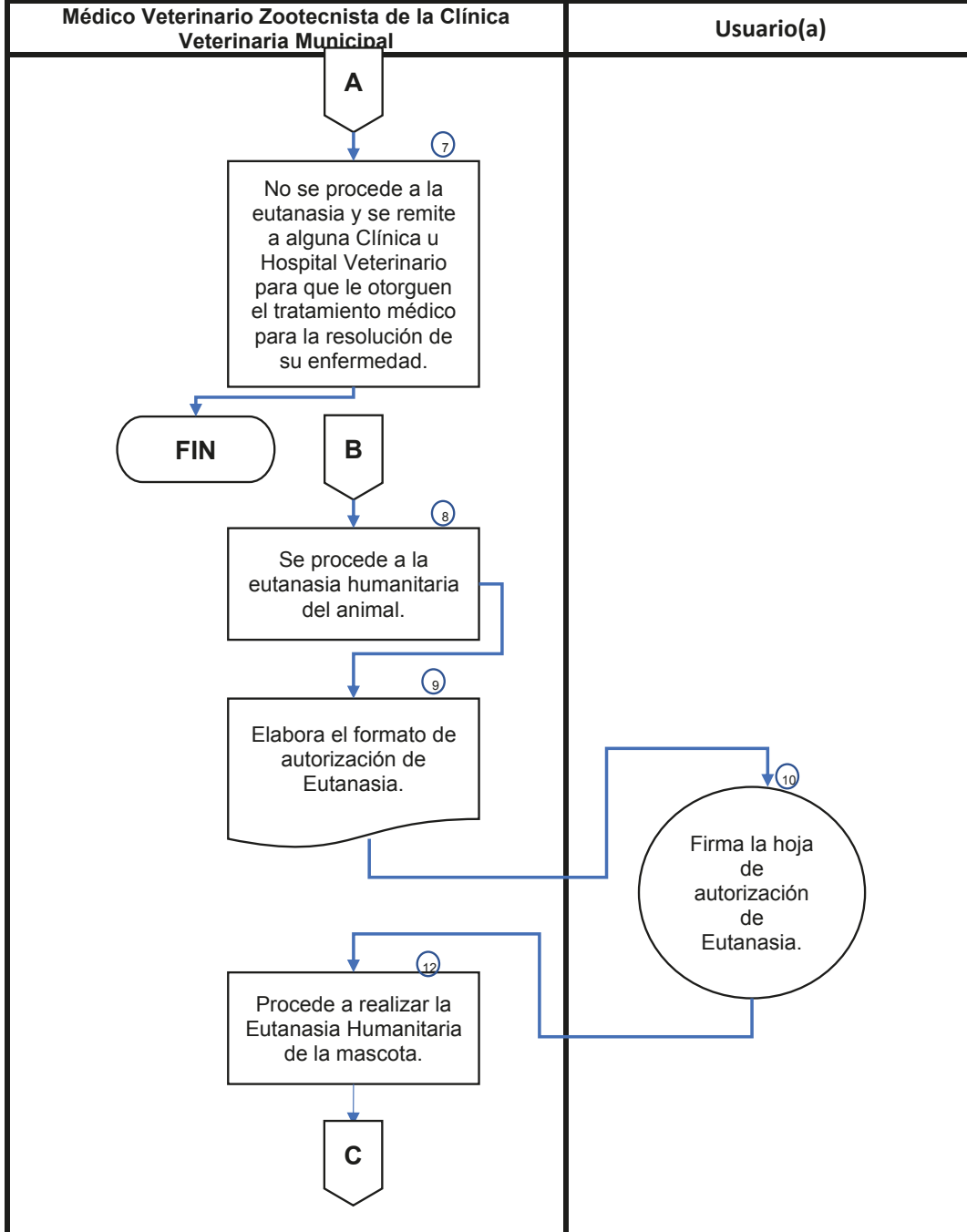
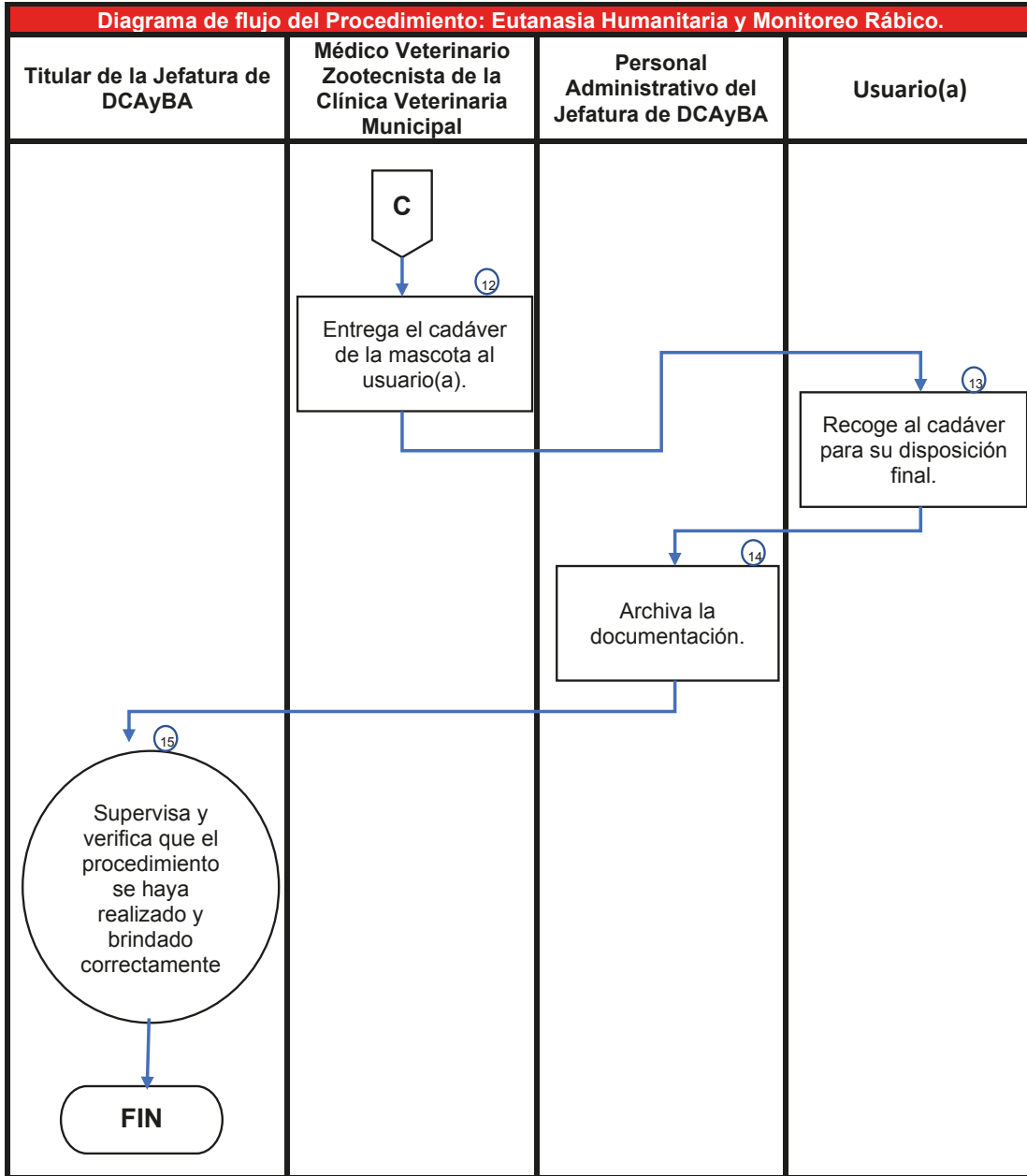




Diagrama de flujo del Procedimiento: Eutanasia Humanitaria y Monitoreo Rábico.







➤ **FORMATOS**

- **Registro Individualizado de Eutanasia**



DIRECCIÓN DE SALUD
DEPARTAMENTO DE CONTROL, ATENCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL
PADRON DE BENEFICIARIOS



Registro Individualizado de Eutanasia

TITULAR		ADMINISTRACION SANITARIA TLAXCALTILLA SA	FOLIO:
CENTRO DE ATENCION CANINA DE TLAXCALTILLA		MUNICIPIO TLAXCALTILLA	
I. DATOS DE LA PERSONA QUE AUTORIZA LA EUTANASIA (solo mayores de 18 años)			
<input type="checkbox"/> CENTRO DE ATENCION CANINA	<input type="checkbox"/> PROTECTORA	<input type="checkbox"/> DUEÑO	<input type="checkbox"/> RESCATOR
NOMBRE DEL PROPIETARIO:		EDAD:	SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO
CALLE Y NUMERO:	COLONIA:	LOCALIDAD:	
MUNICIPIO TLAXCALTILLA	ESTADO MEXICO	TELEFONO:	
II. DATOS DEL ANIMAL			
TIPO DE ANIMAL: <input type="checkbox"/> PERRO <input type="checkbox"/> GATO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR _____			
RACE:		SEXO: <input type="checkbox"/> MACHO <input type="checkbox"/> HEMBRA	VACUNADO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE DESCONOCE
NUMERO DEL ANIMAL:	EDAD:	ESTADO:	TALLA APROXIMADA (kg):
III. MOTIVO DE LA EUTANASIA			
<input type="checkbox"/> RESCATOR	<input type="checkbox"/> ENFERMO INTRATABLE	<input type="checkbox"/> DAÑO PUBLICO NO TRATABLE	<input type="checkbox"/> COLABORADO
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE PROPIEDAD	<input type="checkbox"/> OTRO	ESPECIFICAR _____	
IV. METODO DE SACRIFICIO			
PRODUCTO UTILIZADO:	PRESENTACION:	LOTE:	CANTIDAD TOTAL UTILIZADA:
			QUINCA <input checked="" type="checkbox"/>
V. QUIEN REALIZO EL SACRIFICIO			
CENTRO DE ATENCION CANINA:	MUNICIPIO <input checked="" type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR _____
VI. OBSERVACIONES			

En pleno uso de mis facultades mentales entrego a mi mascota anteriormente descrita para su eliminación mediante sacrificio humanitario de acuerdo a la NOM 033 ZOO 1995, debido a las causas antes expuestas y destino de todo cargo al personal responsable de la ejecución de dicha eutanasia, 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 Asistidiales Municipales. Así mismo consideraré los espacios de mi vivienda, así como mi capacidad económica 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)

21782000-204-11



▪ Hoja de Observación Clínica para Monitoreo Rábico



DIRECCIÓN DE SALUD
DEPARTAMENTO DE CONTROL, ATENCIÓN Y BIENESTAR ANIMAL
FORMATO DE OBSERVACIÓN CLÍNICA POR MORDEDURA

FECHA: _____ JAULA No _____ CASO No _____

FECHA DE SALIDA _____

DATOS DEL LESIONADO

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO: _____

RECIBI ORIGINAL Y FIRMA: _____

DATOS DEL PROPIETARIO

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO: _____

RECIBI COPIA FIRMA _____

RESEÑA DEL ANIMAL

ESPECIE: _____ RAZA: _____ SEXO: _____

EDAD: _____ COLOR: _____ NOMBRE: _____

FECHA DE LA ÚLTIMA VACUNA ANTIRRÁBICA: _____

REGION ANATOMICA DE LA LESION: _____

FECHA DE LA LESION: _____

LUGAR A DONDE SE REFIERE EL CASO: _____

SIGNOS CLINICOS DEL ANIMAL EN OBSERVACION

1.- _____ 6.- _____

2.- _____ 7.- _____

3.- _____ 8.- _____

4.- _____ 9.- _____

5.- _____ 10.- _____

OBSERVACIONES: EN CASO DE PRESENTAR SIGNOS DE RABIA, SE INFORMARA A LA JURISDICCION SANITARIA Y A LA PERSONA AFECTADA INMEDIATAMENTE

MVZ: _____ FIRMA _____

ZACATECAS # 6 COL: CONSTITUCION DE 1917 TLALNEPANTLA DE BAZ EDO.MEXICO TELEFONO 57696405 HORARIO DE ATENCION: LUNES A VIERNES DE 8:30 A 16:00 HRS. SABADO DE 9:00 A 13:00 HRS NOTA AL TERMINO DE LA OBSERVACION TIENE 48 HRS PARA RECLAMAR A SU MASCOTA





- Formato para envío de Muestras Biológicas para diagnóstico de Rabia en Animales.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO		LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE MÉXICO		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. CARACTERÍSTICAS DEL ANIMAL				
Especie:	Edad:	Sexo:	Color:	
Vacunación Antirrábica:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	Fecha de Vacunación:		
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 <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input type="checkbox"/>	Sacrificio	
Elaboro: (nombre y firma)				
En caso de sospecha de rabia llenar lo siguiente:				
4. LESIONADOS Y/O CONTACTOS				
En caso de que el animal haya lesionado o haya tenido contacto con una persona contestar lo siguiente:				
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 síntomas:		Animales en contacto:		
Datos clínicos:		Cambio de conducta (retramiento, apetito pervertido)		
<input type="checkbox"/> Agresividad	<input type="checkbox"/> Exitación	<input type="checkbox"/> Incoordinación		
<input type="checkbox"/> Fotofobia	<input type="checkbox"/> Parálisis	<input type="checkbox"/> Salivación excesiva		
<input type="checkbox"/> Temblores	<input type="checkbox"/> Postración	<input type="checkbox"/> Muerte		
Observaciones:				
NOTA: Favor de enviar las muestras durante las primeras 48 hrs después de la toma en frasco o bolsa de plástico hermético perfectamente cerrados e identificados (número de caso antirrábico).				



▪ Hoja de Autorización de Eutanasia



HOJA DE AUTORIZACIÓN DE EUTANASIA

Por medio de la presente, el (la) propietario/a
_____, de edad _____, quien
acredita domiciliar en _____,
con teléfono _____; propietario de la mascota
especie _____, raza _____, sexo
_____, edad _____ y color _____.

Autoriza al MVZ _____ y a quien este designe,
a practicar la eutanasia del animal mencionado, de conformidad con la técnica
profesional habitual, la cual no producirá sufrimiento alguno en el animal;
informándole en este acto que el diagnóstico arribado consiste en _____
lo cual justifica plenamente la
medida a adoptarse.

Certifica con su firma que ha leído y comprendido la presente autorización,
prestando su consentimiento.

Lugar y fecha: _____




Firma del MVZ responsable

Firma del propietario (a)





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
M.Z.V. David Luna Crisanto	M.C. 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
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/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 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 animales para brindar una nueva oportunidad a aquellas mascotas que fueron donadas o rescatadas y se encuentran en resguardo de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, con la finalidad de evitar que estos animales se encuentren en situación de abandono y estos 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 usuarios(as) del municipio de Tlalnepantla de Baz o de otras localidades, que deseen adoptar a un animal.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

Federal:

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ◆ 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.

Estatal:

- ◆ Constitución del Estado Libre y Soberano de México.
- ◆ 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.

Municipal:

- ◆ Reglamento Interno del Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz.

➤ RESPONSABILIDADES

Persona Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, deberá:

Instruir al personal administrativo para que permita el acceso del usuario(a) solicitante para la adopción del animal.





Personal Administrativo del Centro de Adopción, deberá:

Brindar la atención al usuario(a) interesado en adoptar un animal, el cual debe acudir a las instalaciones del Centro de Adopción ubicado en Antiguo Camino a San José S/N, Col. Industrial La Presa en el municipio de Tlalnepantla de Baz, en un horario de atención de 09:00 a 18:00 horas; asimismo comprobar la disponibilidad de animales resguardados en las instalaciones; tomar los datos del usuario(a) e informar de la solicitud de adopción a la persona Titular de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.

Proporcionar el formulario de adopción al usuario(a) para su llenado, solicitar la copia del INE, comprobante de domicilio y 5 fotografías impresas del lugar donde vivirá; así como programar la cita del usuario(a) para la entrega de su mascota en las instalaciones del Centro de Adopción.

Médico Veterinario Zootecnista, deberá:

Mostrar a los animales disponibles en adopción al usuario(a) solicitante; explicar las necesidades y características de cada animal; evaluar las respuestas del formulario de adopción del usuario(a); así como realizar la esterilización de la mascota, en el caso de los perros y gatos se procederá a la Ooforo Salpingo Histerectomía (OSH) u Orquiectomía, según sea el caso.

Usuario(a), deberá:

Elegir a un animal, responder formulario de adopción y entregar la documentación requerida por la Jefatura del Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal y firmar el contrato de adopción en caso de ser candidato.

➤ **GLOSARIO**

- **Adopción:** Es el proceso de tomar la responsabilidad de una mascota que un dueño previamente ha abandonado o dejado en un refugio de animales.
- **Animal:** Ser vivo orgánico que vive, siente y se mueve por propio impulso.
- **Centro de Adopción:** Son establecimientos de servicio público orientados a resolver los problemas que provocan los perros y en menor proporción los gatos, tanto en la vía pública como en los domicilios, que ponen en riesgo la salud de la población.
- **Caravanas por tu Salud:** Red de servicios de salud para la población.
- **Donación Voluntaria de Animales:** Otorgamiento de un animal de forma voluntaria y sin esperar premio ni recompensa alguna y sin devolución del mismo.
- **Esterilización:** Proceso por el cual se incapacita para su reproducción a un perro o a un gato mediante técnicas quirúrgicas (OSH, orquiectomía bilateral).
- **Mascota:** Animal de compañía.
- **Ooforo Salpingo Histerectomía (OSH):** 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

- **DCAyBA:** A LA Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.
- **INE:** A la credencial expedida por el Instituto Nacional Electoral.
- **OSH:** Ooforo Salpingo Histerectomía
- **SMDIF:** Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz.

➤ INSUMOS

- Formulario de adopción.
- Formato de adopción de mascotas.

➤ RESULTADOS

Brindar una nueva oportunidad para aquellas mascotas que fueron donadas o rescatadas, mediante la adopción de animales para las personas que así lo soliciten.

➤ POLÍTICAS

- Se otorgará en adopción aquellos considerados como animales de compañía.
- El personal de la Jefatura de Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal tendrán que ofrecer un trato digno a los animales resguardados en las instalaciones del Centro de Adopción.
- El usuario(a) interesado en adoptar una mascota deberá presentarse en las instalaciones del Centro de Adopción ubicado en Antiguo Camino a San José S/N, Industrial La Presa en el Municipio de Tlalnepantla de Baz, con un horario de atención de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 horas.
- La documentación necesaria para la adopción de un animal es la siguiente:
 - ✓ Copia de identificación oficial vigente;
 - ✓ Copia de comprobante de domicilio vigente;
 - ✓ Copia de identificación oficial vigente;
 - ✓ Cinco fotografías impresas de lugar donde vivirá la mascota; y
 - ✓ Número telefónico de contacto.
- Sólo se recabará la información del usuario(a) conforme a lo establecido en el aviso de privacidad simplificado e integral.
- 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, en caso de que sea lo contrario la Jefatura de Departamento tendrá la facultad para retirar a la mascota del domicilio.





- Los criterios de selección para que un usuario(a) sea candidato para adoptar una mascota son los siguientes:
 - ✓ Espacio: Este criterio dependerá si el usuario(a) solicitante vive en un departamento o en una casa, se sugerirá que si es un departamento serán mejores candidatos para adoptar gatos o perros de tamaño pequeño, mientras que los que viven en casas con espacios amplios sí podrán elegir perros de tamaño grande.
 - ✓ Otras mascotas en casa: Se refiere a la cantidad de mascotas con las que convivirá la nueva mascota adoptada. Este criterio también se relacionará con el anterior. Es decir, si un usuario(a) no tiene espacio suficiente y tiene más de tres mascotas se podrá negar la adopción.





➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario(a)	1	Acude a las instalaciones del Centro de Adopción y solicita adoptar una mascota.
Personal Administrativo del Centro de Adopción de la Jefatura del DCAyBA	2	Brinda la atención al usuario(a) interesado en adoptar una mascota e informa de la solicitud al Titular de la Jefatura del DCAyBA.
Titular de la Jefatura del DCAyBA	3	Instruye al Médico Veterinario Responsable y al Administrativo del Centro de Adopción para que permitan el acceso a la persona solicitante para adopción.
Administrativo del Centro de Adopción de la Jefatura del DCAyBA	4	Comprueba la disponibilidad de mascotas resguardadas en las instalaciones.
Administrativo del Centro de Adopción de la Jefatura del DCAyBA	5	¿Se cuenta con disponibilidad de mascotas para adopción?
Administrativo del Centro de Adopción de la Jefatura del DCAyBA	6	No. Toma los datos del solicitante y lo incluye en la lista de espera para adopción de mascotas.
Administrativo del Centro de Adopción de la Jefatura del DCAyBA	7	Sí. Canaliza al solicitante con el Médico Veterinario Responsable.
Médico Veterinario Zootecnista Responsable	8	Muestra a los perros y gatos disponibles al solicitante; asimismo, explica las características en las que se encuentra cada animal.
Usuario(a)	9	Elige a un animal.
Administrativo del Centro de Adopción de la Jefatura del DCAyBA	10	Proporciona el formulario de adopción al usuario(a) para su llenado y solicita su documentación.
Usuario(a)	11	Responde el formulario de adopción y entrega copia de documentación requisitada.
Médico Veterinario Zootecnista Responsable	12	Evalúa las respuestas del formulario de acuerdo a las características de la mascota seleccionada por el usuario(a) interesado.
Médico Veterinario Zootecnista Responsable	13	¿El usuario(a) es candidato para adoptar al animal?
Administrativo del Centro de Adopción de la Jefatura del DCAyBA	14	No. Sugiere seleccionar otro animal o se niega la adopción.
Administrativo del Centro de Adopción de la Jefatura del DCAyBA	15	Sí. Programa la cita al usuario(a) para firmar el contrato de adopción y la entrega de su nueva mascota.

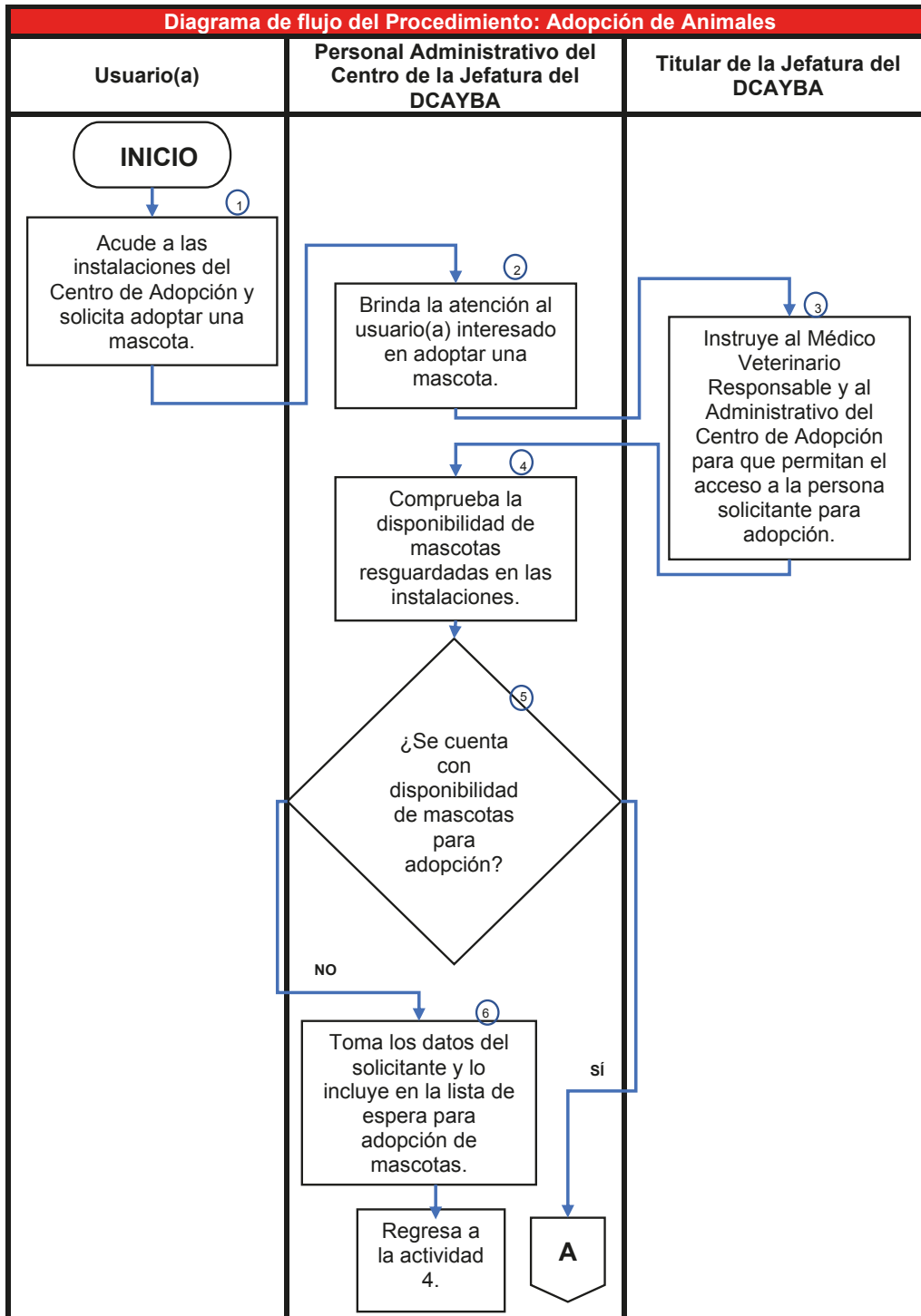




Médico Veterinario Zootecnista Responsable	16	Realiza la esterilización de la mascota programada para cita de adopción.
Administrativo del Centro de Adopción de la Jefatura del DCAyBA	17	Se comunica con el usuario(a) para confirmar la cita de adopción.
Usuario(a)	18	Acude a las instalaciones del Centro de Adopción y firma contrato de Adopción.
Médico Veterinario Zootecnista Responsable	19	Entrega la mascota al nuevo adoptante.
Administrativo del Centro de Adopción de la Jefatura del DCAyBA	20	Archiva la documentación de la mascota adoptada.
Administrativo del Centro de Adopción de la Jefatura del DCAyBA	21	Realiza seguimiento mensual de la mascota.
FIN		



➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**



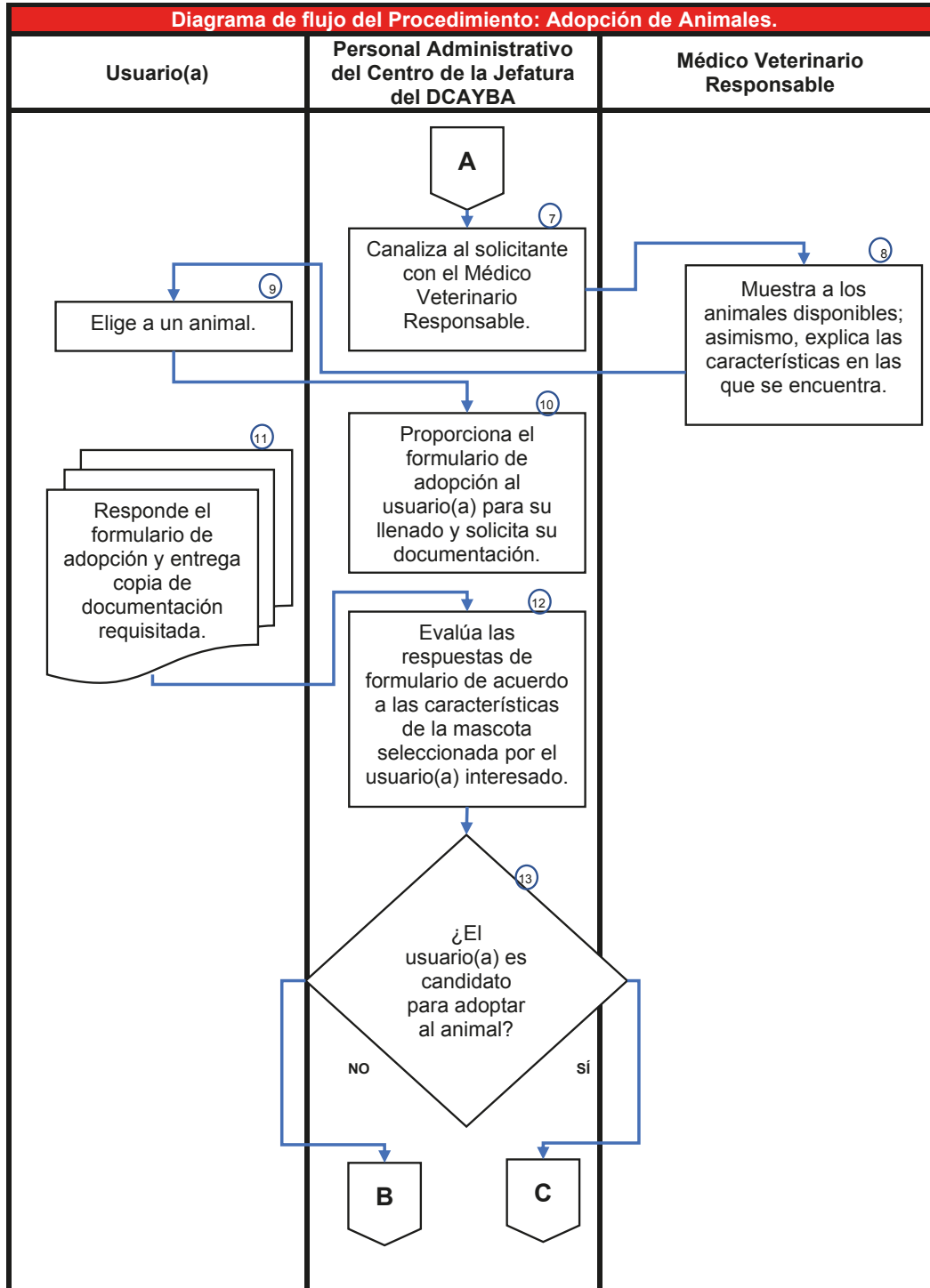
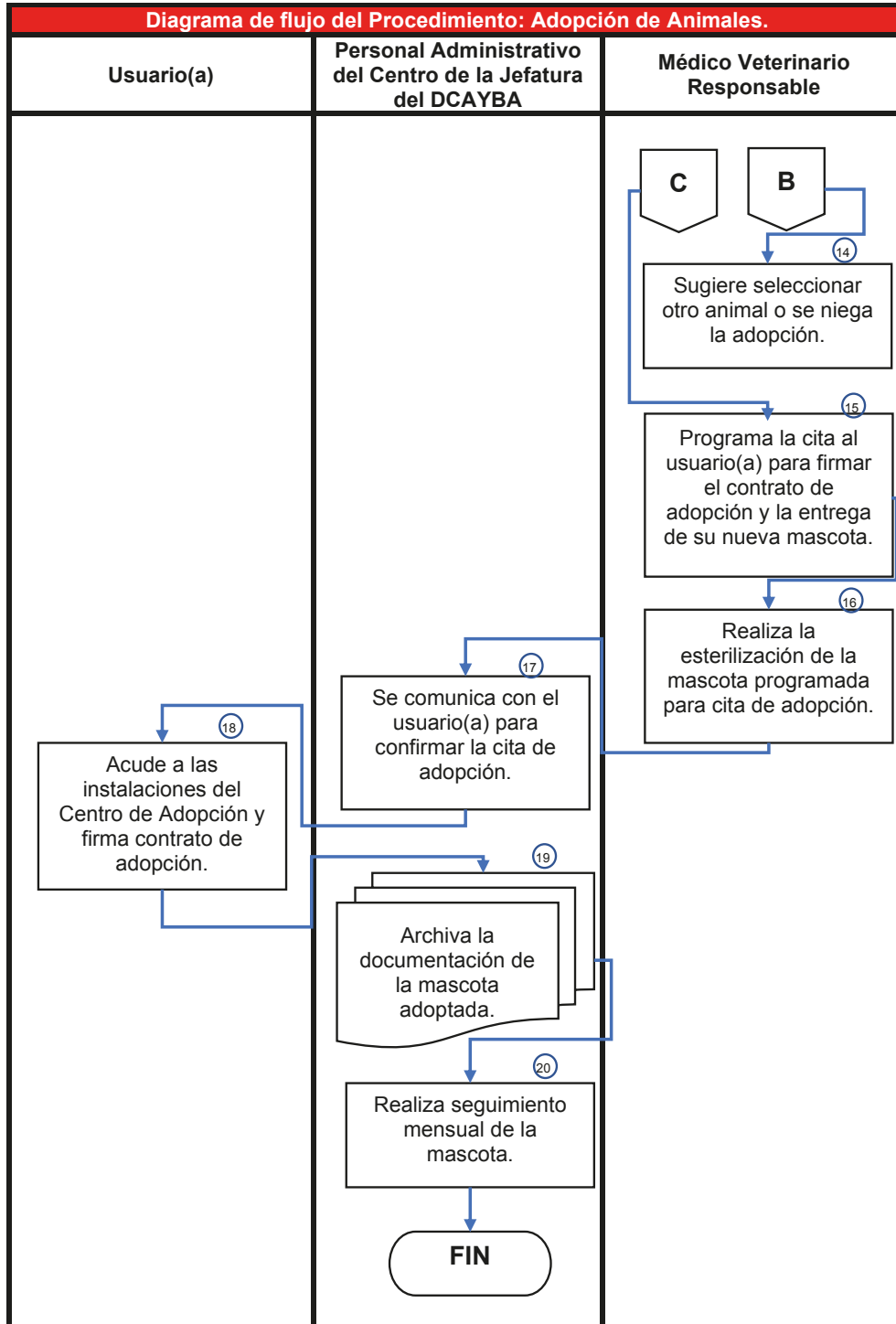




Diagrama de flujo del Procedimiento: Adopción de Animales.





➤ **FORMATOS**

▪ **Formulario de Adopción**

36

M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLAXCALA DE 2022-2024

Tlaxcala
Nuestro Gobierno. Nuestra Vida.

DIF
Tlaxcala

FORMULARIO DE ADOPCIÓN

NOMBRE DEL ADOPTANTE				
No.	PREGUNTAS Y RESPUESTAS			
1	¿Por qué desea adoptar a una mascota?			
2	¿Actualmente tiene otras mascotas?	(SI)	(NO)	¿Cuáles?
3	Si los tiene, ¿están esterilizados?	(SI)	(NO)	¿Por qué?
4	Anteriormente ha tenido otras mascotas	(SI)	(NO)	¿Cuáles?
5	¿Qué fue lo que pasó con él o ellos?			
6	¿Está de acuerdo en que se le haga un seguimiento para ver cómo se encuentra la mascota adoptada? (SI) (NO)			
7	¿Cuántas personas viven en su casa?			
8	¿Están todos de acuerdo en la adopción? (SI) (NO)			
9	¿Hay niños en casa?	(SI)	(NO)	Edades:
10	¿Alguien que viva con ustedes es alérgico a los animales o sufre de asma?			
11	En caso de alquiler, ¿sus arrendadores permiten mascotas en la casa o departamento?			
12	Si por algún motivo tuviera que cambiar de domicilio, ¿Qué pasaría con la mascota?			





Formulario de Adopción (continuación)



13	En caso de una ruptura en la familia (divorcio, fallecimiento) o de la llegada de un nuevo integrante humano ¿Cuáles serían los cambios en el trato hacia la mascota adoptada?	
14	¿Cuántos años cree que vive un perro y un gato en promedio?	
15	¿Cómo se ve con su adoptado dentro de 5 años?	
16	¿Tiene espacio suficiente para que la mascota se sienta cómoda?	
17	¿Dónde dormirá la mascota adoptada?	
18	¿Cuánto tiempo estará sola la mascota adoptada?	
19	¿Si el comportamiento de la mascota no es el que usted desea (juguetón, mordelón, inquieto, ladrador, curioso etc.), qué medidas tomaría?	
20	Señale la cantidad que cree que se gastaría al mes en la mascota adoptada	Menos de 50 () 50 a 100 () 100 a 300 () Más de 400 ()
21	¿Quién será el responsable y se hará cargo de cubrir los gastos del adoptado?	
22	Señale los cuidados que usted y su familia estarían dispuestos a darle al adoptado: - Visitas periódicas al veterinario () - Vacunación y Suplementos alimenticios () - Paseos con correa para perro () - Uso de collar con placa de identificación () - Plato con agua limpia todos los días () - Desparasitación () - Cepillado de pelo () - Limpieza del área de descanso - Alimentación solo con croquetas () -Otros alimentos (especifique) _____ - Ropa () - Zapatos ()	
23	¿Tiene un Médico Veterinario de cabecera?	
24	Nombre del Médico Veterinario y teléfono	



▪ **Contrato de Adopción de Mascotas**



CONTRATO DE ADOPCIÓN

FECHA DE ADOPCIÓN: _____

DATOS DEL ADOPTANTE:

NOMBRE: _____ EDAD: _____
DOMICILIO: _____
TELEFONO LOCAL: _____ TEL. MÓVIL: _____
E-MAIL: _____ OCUPACIÓN: _____

DATOS DEL ANIMAL ADOPTADO:

NOMBRE: _____ EDAD: _____
SEXO: _____ COLOR: _____
TAMAÑO: _____ PROCEDENCIA: _____
ESTERILIZADO: _____ VACUNAS: _____
DESPARASITACIÓN: _____ RAZA: _____

CONCEPTO: _____

EL ADOPTANTE DECLARA:

- 1) Estar 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 acuerdo en colaborar 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, comprometiéndose así mismo a 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) Avisar cualquier tipo de inconveniente al Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, y 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 formas de contacto.
- 7) Devolver al animal de compañía inmediatamente que le sea requerido por el Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, en caso de que no cumpla con alguna de las obligaciones establecidas en el presente contrato y en caso de negarse a devolverlo queda enterado que estará incurriendo en el delito de abuso de confianza.

FIRMA DEL JEFE DEL DCAyBA

FIRMA DEL ADOPTANTE





▪ Contrato 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 ADOPTANTE SE COMPROMETE, MEDIANTE LA FIRMA DE ESTE CONTRATO, A:




- 1) Ofrecer los cuidados que necesite el animal, alimentarlo, sacarlo de paseo, 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 BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA que el animal adoptado transite libremente por la vía pública, parque o campo, sin estar acompañado por su propietario y siempre portando collar con correa y su placa de identificación.
- 2) Nunca debe desatenderlo, hacerlo pelear o trabajar, ni lucrar con él. No debe abandonarlo, regalarlo, cederlo, venderlo o sacrificarlo sin justificación veterinaria por enfermedad muy grave, que lo obligue (si fuera así, deberá mostrar certificado de un MVZ titulado que avale el padecimiento del animal y su eutanasia humanitaria). No realizara amputaciones de ningún tipo por motivos estéticos. Nunca debe pegarle, humillarle ni utilizarle 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 adaptación del animal adoptando, así como cualquier cambio de domicilio que se produzca, de teléfono o e-mail, muerte o pérdida del animal (ver punto 11).
- 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 derecho a retirar en cualquier momento y circunstancia la custodia del mismo si considera que no está adecuadamente atendido o no se cumpliera el actual contrato (en 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 consintiera en esta retirada, 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 cuidará del 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 causados directa o indirectamente por el adoptante, por la 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 (en caso de cachorros mayores a 5 meses y adultos) o la edad recomendable para esterilizar (en cachorros menores de 5 meses), en caso de que aún no haya recibido este servicio el adoptado. Y tendrá un máximo de 15 días naturales para proporcionarle una placa de identificación que lo proteja contra pérdida u otras situaciones.
- 11) Bajo ninguna circunstancia será admisible la "PERDIDA DEL ANIMAL". En caso de extravío, el Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal, procederá jurídicamente ante la falta de cuidado y responsabilidad por parte de los adoptantes que este documento otorga.

Estado de México a ____ de ____ del 20__





> VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
M.V.Z. David Luna Crisanto	M.C. 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 REPORTES CIUDADANOS
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2023/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 dar seguimiento a los casos por mordedura de perro o gato, capturar a perros y gatos que se encuentran en situación de vulnerabilidad, dar resguardo a los animales de donación voluntaria y atender casos por supuesto maltrato animal; lo anterior, con previo reporte o denuncia ciudadana.

Por lo que, el objeto central es concientizar a los ciudadanos(as) para fomentar el trato digno y respetuoso hacia los animales para evitar que los animales sean abandonados, y/o que deambulen en vía pública, así como evitar posibles agresiones a otros animales y a la población en las diferentes colonias del 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 la población del municipio que realice un reporte en atención ciudadana o que realice una denuncia.

➤ FUNDAMENTO JURÍDICO

Federal:

- ◆ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- ◆ Constitución del Estado Libre y Soberano 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.
- ◆ 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.

Estatal:

- ◆ Libro sexto del Código de la Biodiversidad del Estado de México.

Municipal:

- ◆ Reglamento Interno del Sistema Municipal DIF de Tlalnepantla de Baz, México.





➤ RESPONSABILIDADES

Atención Ciudadana:

Recibir el reporte telefónico del usuario(a) que realiza la donación voluntaria de mascotas, reporte de mordedura de perro o gato, o solicite el rescate de animales en situación de vulnerabilidad.

Departamento de Oficialía de Partes/Unidad de Control de Gestión, deberá:

Recibir el oficio de petición que reporta el caso de maltrato animal;

Titular de la Jefatura de 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:

Realizar la revisión clínica de los animales que ingresan al Centro de Atención Canina.

Responsable Operativo, deberá:

Acudir con el Personal Operativo para brindar la atención al reporte; resguardar al animal en las instalaciones de la Centro de Atención Canina; y elaborar la hoja de ingreso del animal.

Personal Operativo, deberá:

Brindar la atención al reporte del perro o gato; realizar la búsqueda y la captura o; en caso de supuesto maltrato animal realizar la inspección y el decomiso del perro o gato; trasladar al animal para su resguardo en las instalaciones del Centro de Atención Canina; así como hacer recomendaciones al propietario para la tenencia responsable de mascotas.

➤ GLOSARIO

- **Agresión:** A la acción por la cual una persona es atacada por un animal de forma espontánea 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, en un horario de 09:00 a 18:00 horas.
- **Centro de Atención Canina:** Son establecimientos de servicio público orientados a resolver los problemas que provocan los perros y en menor proporción los gatos, tanto en la vía pública como en los domicilios, que ponen en riesgo la salud de la población.
- **Caravanas por tu Salud:** Red de servicios de salud para la población.
- **Donación Voluntaria de Animales:** Otorgamiento de un animal de forma voluntaria y sin esperar premio ni recompensa alguna y sin devolución del mismo.





- **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 donados de manera voluntaria por sus dueño; los cachorros sin sus madres y 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 medie la orden de un Juez.
- **Maltrato Animal:** Todo hecho, acto u omisión del ser humano, que puede ocasionar dolor o sufrimiento afectando el bienestar animal, poner en peligro la vida del animal o afectar gravemente su salud, así como la sobreexplotación de su trabajo, someterlos a carga excesiva, ya sea sobre el propio animal o en vehículos tirados por los mismos, así como cualquier otra conducta que ocasionen lesiones, enfermedades, deterioro a la salud, afectaciones psicológicas, o que pongan en peligro su vida.
- **Manejo de Animales:** Conjunto de prácticas para la captura, traslado, cuarentena, carga y descarga de animales.
- **Observación Clínica:** Para 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.
- **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/o al SMDIF de Tlalnepantla de Baz.
- **Rescate de Mascotas:** Captura y canalización de perros y gatos en situación de vulnerabilidad, realizada por el Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.
- **Resguardo:** A la custodia de animales por el Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.
- **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.

➤ ACRÓNIMOS

- **DCAyBA:** Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal.
- **LESP:** Laboratorio Estatal en Salud Pública.
- **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 de atención por mordedura de perro o gato, captura de perros y gatos en situación de vulnerabilidad o donación voluntaria de animales, realizado por el usuario(a) vía telefónica al Sistema Integral de Atención Ciudadana.
- Oficio o denuncia vía telefónica al 089 por caso de supuesto maltrato animal.
- Vehículo perrera, sujetador (asidero).
- Formato de ingreso animal.
- Formato de aviso de visita.

➤ RESULTADOS

Atención a reportes o denuncias ciudadanas para prevenir la diseminación de enfermedades zoonóticas y otras afecciones a la salud pública, así como evitar posibles casos de maltrato animal.

➤ POLÍTICAS

- Atender a la población del municipio de Tlalnepantla de Baz que realice su reporte o denuncia.
- Ofrecer un trato digno y respetuoso a los perros y gatos resguardados por la Jefatura de DCAyBA a través el Centro de Atención Canina.
- Para reportes de mordedura de perro o gato, captura de perros y gatos que se encuentran en situación de vulnerabilidad, reporte de donación voluntaria el usuario(a) deberá llamar a Atención Ciudadana donde se le proporcionará un número de reporte, el cual el usuario(a) deberá compartir al Centro de Atención Canina presencialmente o vía telefónica al número 5557646905 en un horario de lunes a viernes de 09:00 a 16:00 horas.
- El horario de atención para realizar un reporte en Atención Ciudadana vía telefónica es de lunes a viernes de 09:00 a 18:00 horas al número 5553664450.
- Los reportes son atendidos conforme al registro visualizado en la Plataforma de Atención Ciudadana y a la programación del recorrido por la Jefatura de DCAyBA.
- En los casos de reporte de donación voluntaria de animales se considerará lo siguiente:
 - ✓ Aquellos animales que ingresen mediante donación voluntaria pasarán bajo la tutela de la Jefatura de Departamento de Control Atención y Bienestar Animal.
 - ✓ El propietario que haya realizado la donación no podrá reclamar premio ni recompensa alguna, ni la devolución de la mascota.
- En los casos de reporte por mordedura de perro o gato se considerará lo siguiente:
 - ✓ Aquellos casos que sean reportados después de 10 días se consideraran extemporáneos conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2006.





- ✓ Se mantendrá en cautiverio por espacio de 10 días, a cualquier animal (perro o gato) sospechosos o que haya agredido a una persona, con o sin causa aparente, con el fin de identificar signos de rabia, proporcionándole a diario acceso a alimento y agua limpia, asimismo se realizará una hoja de monitoreo para mordedura de perro en la cual un Médico Veterinario realizará las observaciones clínicas del animal.
- ✓ El propietario del animal agresor tendrá un periodo de 72 horas máximo posteriores a la observación clínica para reclamar a su mascota.
- ✓ En caso de que fallezca la mascota, se notificará al usuario(a) afectado para que acuda a su Centro de Salud más cercano. El encéfalo del perro o gato agresor será enviado al LESP a través de la Jurisdicción Sanitaria para Monitoreo Rábico.
- Para realizar una denuncia por maltrato animal el usuario(a) deberá llamar al 089 con horario de atención las 24 horas al día, los 365 días del año o presentar un oficio a Oficialía de Partes del H. Ayuntamiento de Tlalnepantla de Baz.
- En los casos de denuncia por posible maltrato animal se considerará lo siguiente:
 - ✓ Si a la inspección hay evidencia de maltrato animal se notificará a PROPAEM para su seguimiento y posible decomiso del (los) animal(es).
 - ✓ Si a la inspección no hay evidencia de maltrato animal, se harán las recomendaciones al propietario para la tenencia responsable de mascotas.
 - ✓ En caso de que el propietario de la(s) mascota(s) reportada(s) no atienda a la visita, se dejará un citatorio en el domicilio (hoja de aviso de visita) el cual será citado correspondientemente para atender la diligencia.
- 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.
- Sólo se ejecutará el rescate de perros o gatos que se encuentren en vía pública.
- Se llevará a cabo la Eutanasia Humanitaria 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; 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.
- Aquellos animales que sean seleccionados para ser candidatos a adopción se trasladarán al Centro de Adopción ubicado en Antiguo Camino a San José S/N, Col. Industrial La Presa en el municipio de Tlalnepantla de Baz.





➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario(a)	1	Se comunica a Atención Ciudadana para realizar reporte o al 089 para realizar una denuncia por maltrato animal.
Departamento de Oficialía de Partes/Unidad de Control de Gestión/Atención Ciudadana	2	Recibe reporte o denuncia del usuario(a). En el caso de reporte se brinda un folio.
Usuario(a)	3	Recibe folio y lo comparte vía telefónica o presencial en el Centro de Atención Canina; en caso del denunciante espera a que sea atendida su denuncia.
Titular de la Jefatura del DCAyBA	4	Analiza la viabilidad para la atención del reporte o denuncia.
Titular de la Jefatura del DCAyBA	5	¿Se atiende la denuncia o reporte de maltrato animal?
Titular de la Jefatura del DCAyBA	6	No. Cuando es extemporánea y no ocurre en territorio municipal.
Titular de la Jefatura del DCAyBA	7	Sí. Cuando el animal representa un riesgo para la salud pública de la población o es una denuncia por posible maltrato animal.
Titular de la Jefatura del DCAyBA	8	Programa y traza la ruta para la atención al reporte o denuncia.
Titular de la Jefatura del DCAyBA	9	Instruye al Responsable Operativo para la atención del reporte o denuncia.
Responsable Operativo	10	Acude al lugar con el Personal Operativo para brindar la atención al reporte.
Responsable Operativo	11	Instruye al Personal Operativo la búsqueda y captura del perro o gato.
Personal Operativo	12	¿El perro o gato fue localizado?
Personal Operativo	13	No. No se encuentra al perro o gato, se cierra el reporte.
Personal Operativo	14	Sí. Se procede a la captura.
Personal Operativo	15	Trasladan al animal a las instalaciones del Centro de Atención Canina.
Responsable Operativo	16	Elabora hoja de ingreso del animal.
Médico Veterinario Zootecnista	17	Realiza la revisión clínica del animal.
Titular de la Jefatura de DCAyBA	18	El animal es resguardado en las instalaciones del Centro de Atención Canina.
FIN		



➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**

Diagrama de flujo del Procedimiento: Atención a Reportes Ciudadanos.

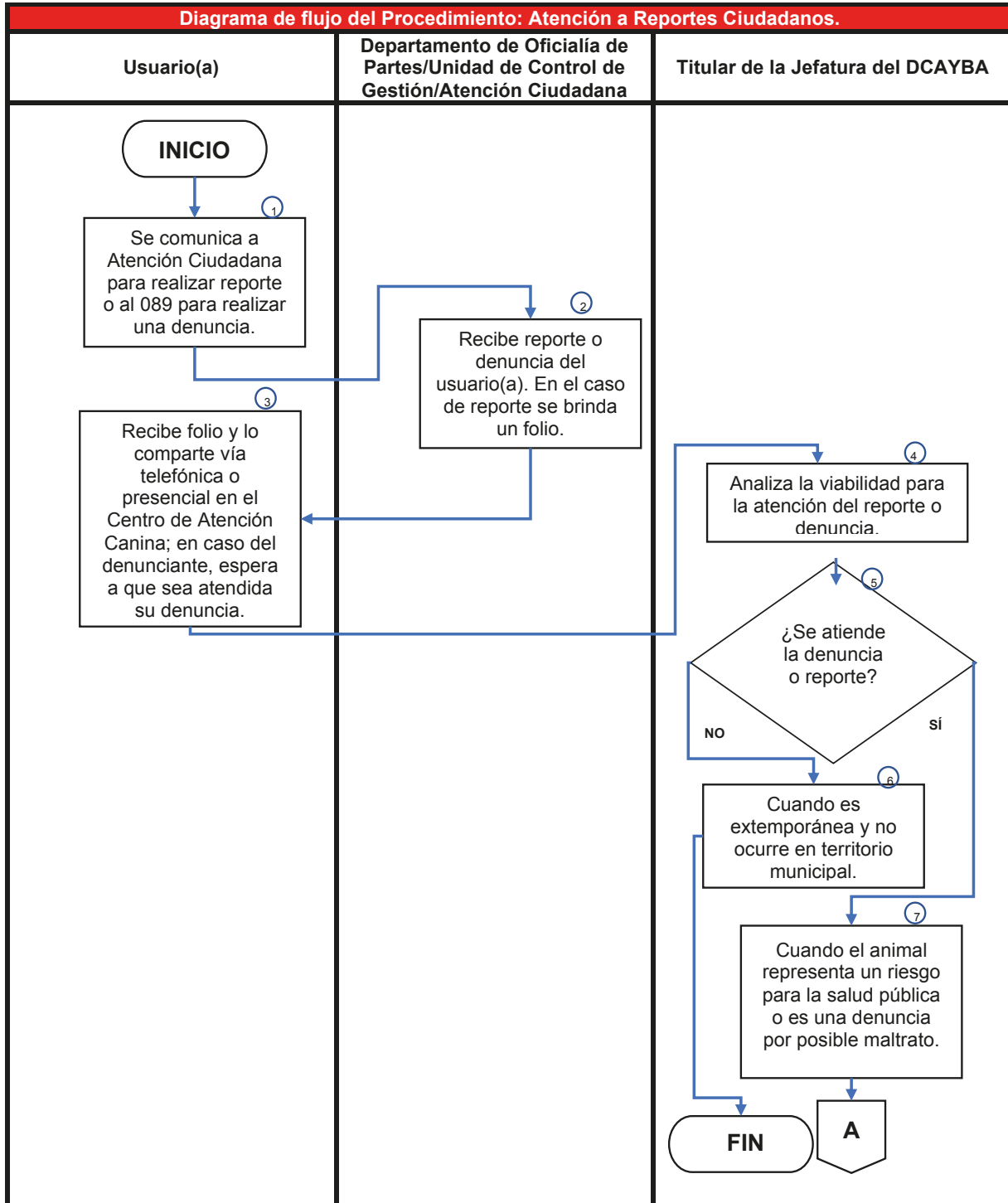
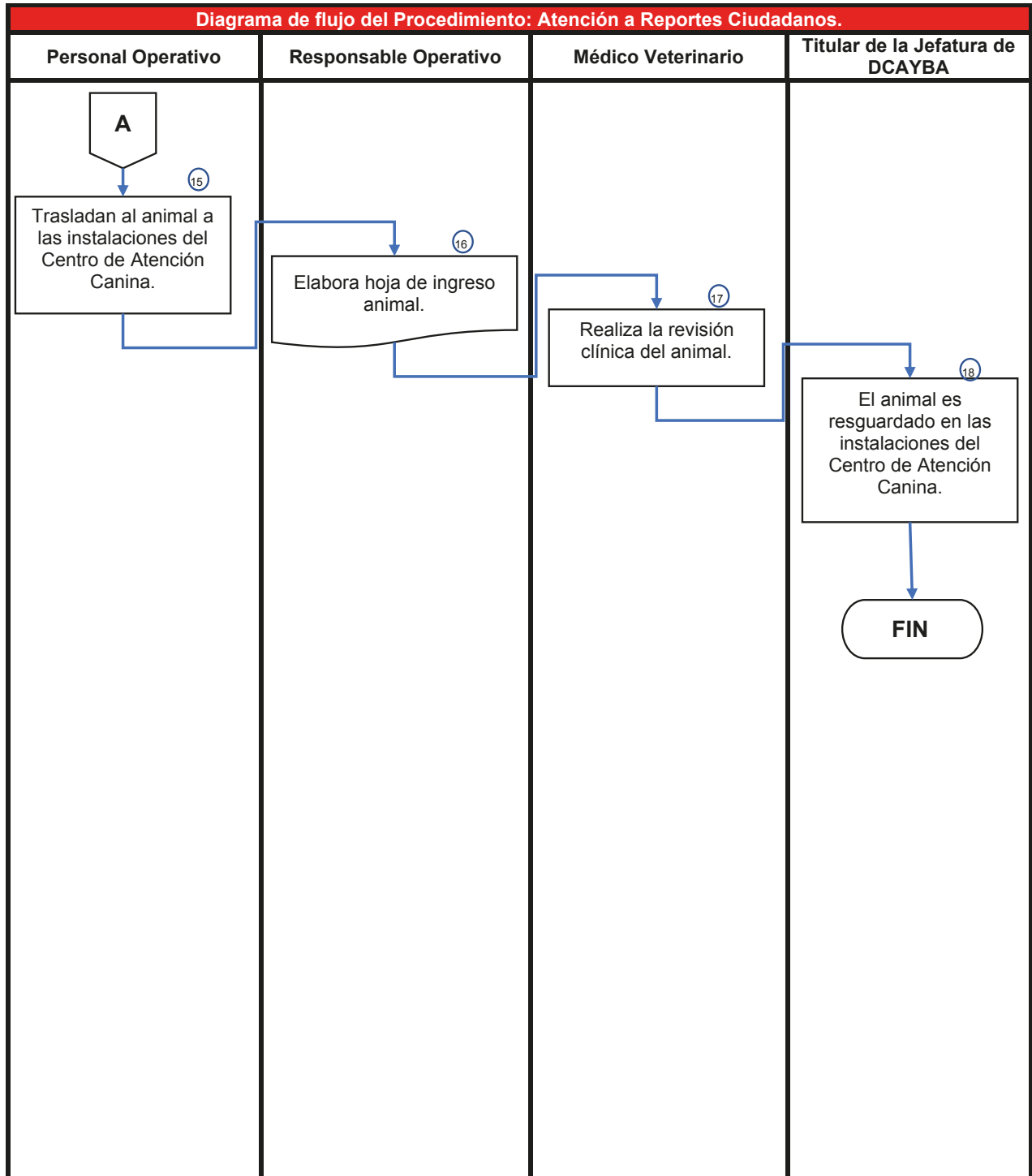




Diagrama de flujo del Procedimiento: Atención a Reportes Ciudadanos.





➤ **FORMATOS**

- **Formato de Ingreso Animal**



INGRESO ANIMAL

FECHA DE ENTRADA: _____ No. DE REPORTE _____

CAUSA DEL INGRESO: DONACION ___ MORDEDURA ___ REDADA ___ OTRA _____

DATOS DEL PROPIETARIO RESEÑA DE LA MASCOTA

NOMBRE: _____ NOMBRE: _____ ESPECIE: _____

CALLE: _____ No. _____ Col. _____ RAZA: _____ SEXO: _____ EDAD: _____

TELÉFONO: _____ COLOR: _____ PESO, APROX: _____

SEÑAS PARTICULARES DE LA MASCOTA: _____

OBSERVACION: _____

REUBICACION: FECHA _____ ELIMINACION: FECHA _____ FOLIO _____

DATOS DEL ADOPTANTE

NOMBRE: _____ DIRECCION: _____ TEL: _____

DUEÑO Vo. Bo.

NOMBRE Y FIRMA NOMBRE Y FIRMA



▪ **Formato de Aviso de Visita**



Aviso de visita

Con fundamento en lo dispuesto en el Título tercero, Fracción III, Artículo 51, Fracción II, Artículo 54, Fracción VI, Artículo 55, Fracción VIII, Sección Octava, Artículo 67 Fracción XI, XVII del Reglamento Interno del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia de Tlalnepantla de Baz, Estado de México.

En _____ Tlalnepantla, Estado de México; siendo las _____ horas con _____ minutos, del día _____ de _____ del 202_, el suscrito _____, en mi carácter de visitador comisionado del Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal del Sistema Municipal DIF Tlalnepantla, informo que al constituirme en el domicilio del propietario y/o poseedor y/o encargado y/o representante legal y/o ocupante del predio y/o lugar en donde se observó o se supone la existencia y/o tenencia de un animal de especie doméstica, sujeto a protección y bienestar animal, ubicado en

_____, en razón de tocar en reiteradas ocasiones y al no recibir respuesta y toda vez que al hacer un recorrido por la zona circundante al predio y no encontrar persona alguna para llevar a cabo la presente diligencia de inspección, del número de reporte _____, se deja la presente por instructivo, fijándola en

_____.
Para que sirva lo esperamos el día _____ del mes de _____ del 202_, a las _____ horas con _____ minutos, con la finalidad de que atienda diligencia de carácter administrativo, apercibiéndolo de que, en caso de no esperar suscrito en la fecha y hora señalada, se entenderá con la persona que se encuentre y en supuesto que no hubiese nadie, se fijarán las copias respectivas en la puerta del domicilio y dando aviso a la Procuraduría de Protección al Ambiente del Estado de México. (PROPAEM) para su seguimiento.

EL VISITADOR

Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal
Calle Zacatecas # 6 Col. Constitución de 1917, Tlalnepantla, Estado de México
Teléfono: (55) 57696405





▪ **Aviso de Visita (continuación)**



Conductas que se consideran maltrato animal

Código para la Biodiversidad del Estado de México

- Causarles la muerte, utilizando cualquier medio que prolongue su agonía;
- Sacrificar animales empleando métodos distintos a los establecidos en las normas oficiales mexicanas;
- Mutilarlos, alteración de la integridad física o modificación negativa de sus instintos naturales;
- Todo acto u omisión que pueda ocasionarles dolor, sufrimiento o poner en peligro su vida;
- No tener un lugar adecuado para resguardarse de la intemperie, ni tener buenas condiciones de movilidad, así como falta de limpieza y el hacinamiento descontrolado; no aplicar las vacunas y desparasitaciones correspondientes.
- El abandono por largos periodos de tiempo sin supervisión.
- Torturar o golpear;
- No brindarles atención médica veterinaria cuando lo requieran;
- Azuzar a los animales para que se ataquen entre ellos;
- Privarlo de luz, alimento, agua y abrigo contra la intemperie.
- Abandonarlos deliberadamente en la vía pública;
- No recoger sus heces fecales en lugares públicos;
- La venta de animales en la vía pública;
- La venta de animales vivos en tiendas departamentales, tiendas de autoservicio y en cualquier otro establecimiento cuyo giro comercial autorizado sea diferente al de la venta de animales.
- La comercialización de animales enfermos, con lesiones, traumatismos, fractura o heridas.





▪ Vale de Resguardo/Préstamo



DIRECCIÓN DE SALUD

**DEPARTAMENTO DE CONTROL, ATENCIÓN
Y BIENESTAR ANIMAL**

VALE DE RESGUARDO/PRÉSTAMO

A través del presente vale se hace constar que con fecha _____,
el equipo que a continuación se especifica, fue asignado, en calidad de
resguardo/préstamo, a _____ por lo que
se compromete a cuidar y dar un buen uso al equipo, de lo contrario acepta la
reparación o en su caso al reemplazo o pago completo del mismo.

468



EQUIPO / MOBILIARIO	NO. DE INVENTARIO	CONCEPTO	OBSERVACIÓN




QUIÉN AUTORIZA

NOMBRE Y FIRMA
ACEPTO DE CONFORMIDAD





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
M.V.Z. David Luna Crisanto	M.C. 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





4. VALIDACIÓN DEL MANUAL

 <hr/> <p>Vo. Bo.</p> <p>C. María Gómez Martínez Titular de la Presidencia Honoraria</p>	
 <hr/> <p>Elaboró</p> <p>M.C. Linda Mercedes Herrera Fuentes Titular de la Dirección de Salud</p>	 <hr/> <p>Revisó</p> <p>L.C. Fernando Granados Rivera Titular de la Secretaría Técnica</p>
 <hr/> <p>Validó</p> <p>Lic. Rafael Peralta Zayas Titular del Órgano Interno de Control</p>	 <hr/> <p>Autorizó</p> <p>C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes Titular de la Dirección General</p>





5. DIRECTORIO

JUNTA DE GOBIERNO DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE TLALNEPANTLA DE BAZ ADMINISTRACIÓN 2022 – 2024

C. María Gómez Martínez

Titular de la Presidencia de la Junta de Gobierno y de la Presidencia Honoraria del Sistema Municipal DIF

C. Víctor Manuel Pérez Ramírez

Titular de la Primera Vocalía de la Junta de Gobierno y de la Quinta regiduría del H. Ayuntamiento

C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes

Titular de la Secretaría de la Junta de Gobierno y de la Dirección General del Sistema Municipal DIF

C.P Ricardo Contreras Velázquez

Titular de la Segunda Vocalía de la Junta de Gobierno y de la Tesorería del H. Ayuntamiento

L.C. Leobardo Sinuhé Alanís Urbán

Titular de la Tesorería de la Junta de Gobierno y de la Dirección de Administración y Finanzas del Sistema Municipal DIF

Titular de la Tercera Vocalía de la Junta de Gobierno

Dr. Benjamín González Pozos

Titular de la Quinta Vocalía de la Junta de Gobierno y de la Dirección de Jurídico del Sistema Municipal DIF

C. María Lourdes Curiel Rocha

Titular de la Cuarta Vocalía de la Junta de Gobierno y Novena regidora del H. Ayuntamiento





ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE TLALNEPANTLA DE BAZ

C. María Gómez Martínez

Presidenta Honoraria

C. Ma. de Lourdes Montiel Paredes

Titular de la Dirección General del Sistema Municipal DIF

M.C. Linda Mercedes Herrera Fuentes

Titular de la Dirección de Salud

L.C. Leobardo Sinuhé Alanís Urbán

Titular de la Dirección de Administración y Finanzas

Dr. Benjamín González Pozos

Titular de la Dirección de Jurídico

Lic. Erika Natalia Sánchez Barquera

Titular de la Dirección de Prevención y Desarrollo Familiar

Lic. Vianey Méndez Nieto

Titular de la Procuraduría Municipal de Protección a Niñas, Niños y Adolescentes

Lic. Rafael Peralta Zayas

Titular del Órgano Interno de Control

L.C. Fernando Granados Rivera

Titular de la Secretaría Técnica

Lic. Minerva Roa Palomino

Titular de la Coordinación del Adulto Mayor

Lic. Rubí Esmeralda Rivera Garay

Titular de la Coordinación del CEDEIM

C. Mercedes Álvarez Martínez

Titular de la Coordinación de Subsistemas

C. Mayra Patricia Montiel Membrilla

Titular de la Coordinación de Procuración de Fondos y Asistencia Social

Mtro. Ubaldo Vázquez Bucio

Titular de la Coordinación de Transparencia





DIRECCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE TLALNEPANTLA DE BAZ

M.C. Linda Mercedes Herrera Fuentes

Titular de la Dirección de Salud

Lic. Diego Arturo Vega Coellar

Titular del Departamento de Diagnóstico y Atención para Niños con Trastorno del Espectro Autista

Lic. Esmeralda Itzel Delgado de Landa

Titular del Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad

Lic. Alejandra Gisela Cornelio Delgado

Titular del Departamento del Centro de Capacitación e Inclusión Laboral para Personas con Discapacidad (CECAIN)

Lic. Liliana Zamora Benites

Titular del Departamento de Salud Preventiva

C.D. Judith Perla Jiménez Zavala

Titular del Departamento de Odontología

T.E. Ma. Guadalupe Torres González

Titular del Departamento de Enfermería

Q.B.P. Ma. De Lourdes Camacho Morales

Titular del Departamento de Laboratorio

Lic. Roberto Joao Hernández Hernández

Titular del Departamento de Atención a las Adicciones

M.V.Z. David Crisanto Luna

Titular del Departamento de Control, Atención y Bienestar Animal





H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024



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