



Tlalnepantla
de Baz 2022 - 2024
Nuevo Gobierno, Nuevas Ideas

Gaceta Municipal

Jueves 24 de octubre de 2024

Número 38 (Sexta Sección)

Volumen 3

Órgano Oficial del Ayuntamiento
de Tlalnepantla de Baz

"2024. Año del Bicentenario de la Erección del Estado Libre y Soberano de 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 confieren 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:



M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024



 **DIF**



TLALNEPANTLA DE BAZ

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS





M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLALNEPANTLA DE 1848
2020-2024



DIRECCIÓN DE SALUD



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 2024.**

**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.....	3
3.1. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN A NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)	17
3.2. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	43
3.3. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DEL CENTRO DE CAPACITACIÓN E INCLUSIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	137
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.....	264
4. VALIDACIÓN DEL MANUAL	312
5. DIRECTORIO	313





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 para Niñas y Niños con Trastorno del Espectro Autista.

Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad

1. Gestión de apoyos funcionales para personas con discapacidad.
2. Expedición de credencial nacional de discapacidad.
3. Terapias en materia de rehabilitación.
4. Prevención de la discapacidad (PREVEDIF).
5. Atención en trabajo social para personas con discapacidad.
6. Atención médica en rehabilitación para personas con discapacidad.
7. Clases de movilidad, braille y lengua de señas mexicanas.

Jefatura de Departamento de Capacitación e Inclusión Laboral para Personas con Discapacidad

1. Vinculación laboral para personas con discapacidad.
2. Cursos y talleres para el autoempleo para personas con discapacidad.
3. Consulta y Valoración Psicológica para la Inclusión Laboral o Educativa de Personas con Discapacidad.

Jefatura de Departamento de Salud Preventiva

1. Consulta médica general y de especialidades.
2. Certificado médico.
3. Servicios médicos.

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. Aplicación de dosis de biológico.

Jefatura de Departamento de Laboratorio

1. Exámenes de laboratorio.





3. DIRECCIÓN DE SALUD

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	DIRECCIÓN DE SALUD
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ESTUDIO SOCIOECONÓMICO Y CORTESÍA MÉDICA
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2024/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 ocursus.

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).

Usuaris (os), 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-habencia 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 de este, 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.





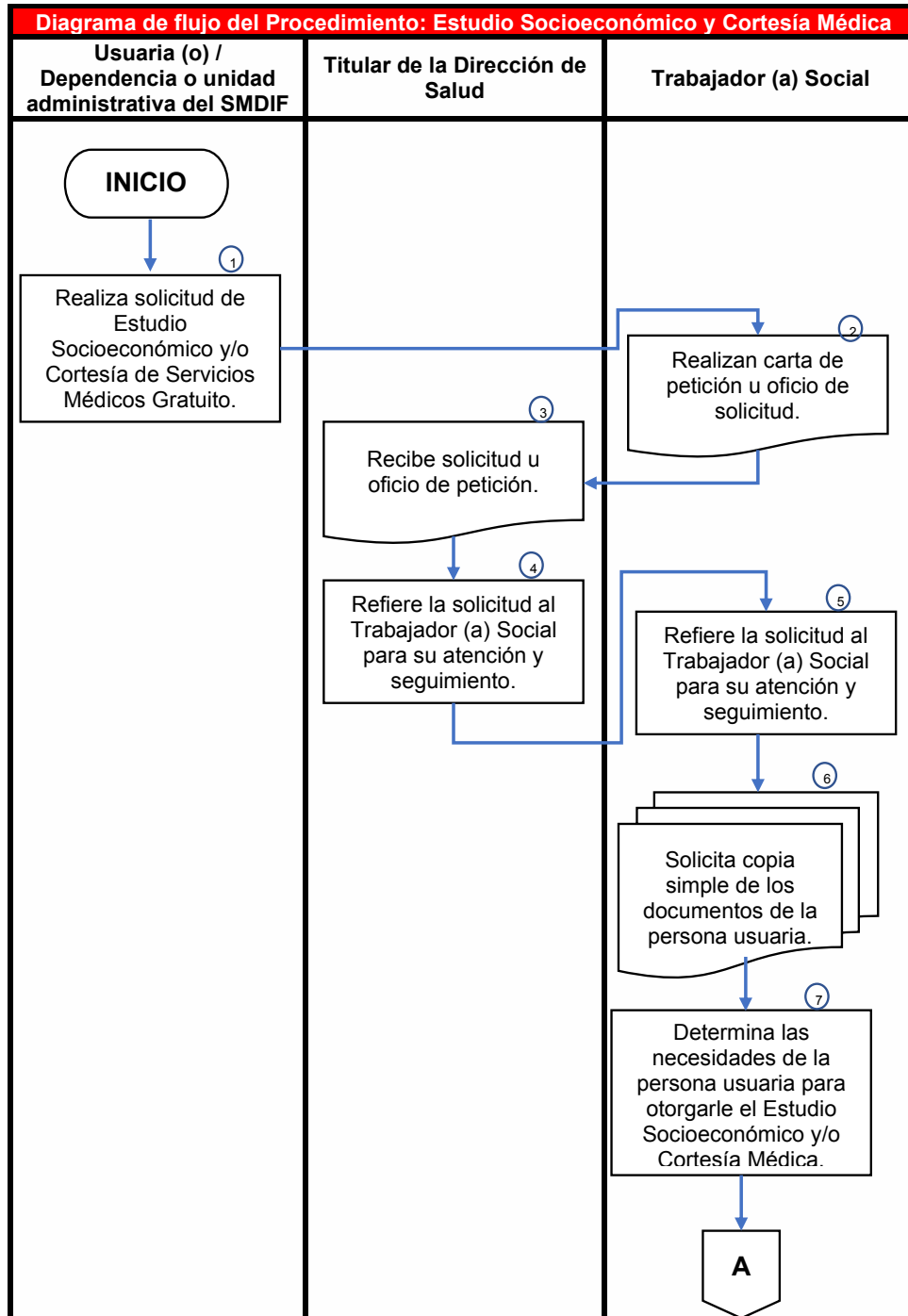
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

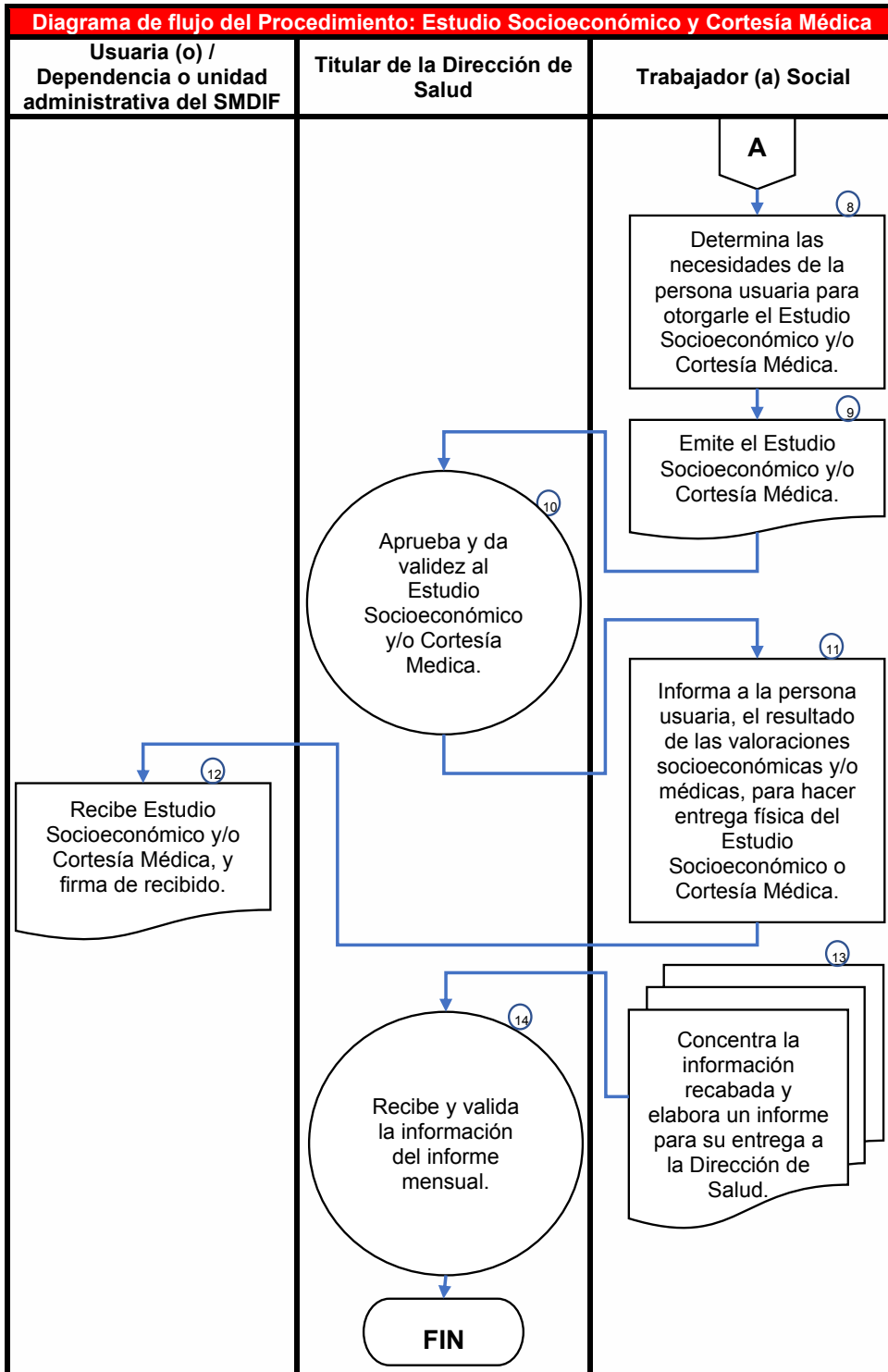
Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuaría (o) / Dependencia o unidad administrativa del SMDIF	1	Realiza solicitud de Estudio Socioeconómico y/o Cortesía de Servicios Médicos Gratuitos, con el fin de que la persona usuaria pueda presentar el 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.
Usuaría (o) / 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.
Usuaría (o) / Dependencia o unidad administrativa del SMDIF	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**







▪ **Cortesía Médica**


DIRECCIÓN DE SALUD
CORTESÍA SALUD PREVENTIVA

FOLIO: _____ **FECHA:** _____

NOMBRE COMPLETO: _____

EDAD:		SEXO:	
		Femenino	Masculino

CONSULTORIO: _____


SERVICIO			
Consulta médica general	Certificado médico	Servicios médicos	Consulta de especialidades

ANAMNESIS: _____

Tutor de la Dirección de Salud del SMDIF Tlalpapantla de Baz
Yo Soy _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE _____ **FIRMA DEL USUARIO** _____

MOTIVO DE LA CORTESÍA _____


DIRECCIÓN DE SALUD
CORTESÍA SALUD PREVENTIVA

FOLIO: _____ **FECHA:** _____

NOMBRE COMPLETO: _____

EDAD:		SEXO:	
		Femenino	Masculino

CONSULTORIO: _____

SERVICIO			
Consulta médica general	Certificado médico	Servicios médicos	Consulta de especialidades

ANAMNESIS: _____

Tutor de la Dirección de Salud del SMDIF Tlalpapantla de Baz
Yo Soy _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE _____ **FIRMA DEL USUARIO** _____

MOTIVO DE LA CORTESÍA _____

➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
M.C. Lilliana Zamora Benítez	M.C. Lilliana Zamora Benítez	C. María Teresa Bautista Cebada
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 PARA NIÑAS Y NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2024/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 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.

Terapeutas, deberán:

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 de este 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 con 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).

➤ 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:
 - ✓ Original y 2 copias de acta de nacimiento del menor de edad.
 - ✓ 2 copias de CURP del menor de edad.
 - ✓ 2 copias del acta de nacimiento del padre o tutor.
 - ✓ 2 copias del CURP del padre o tutor.
 - ✓ Original y 2 copias del INE del padre o tutor.
 - ✓ 2 copias del comprobante de domicilio no mayor a 3 meses, correspondiente al municipio de Tlalnepantla de Baz.
 - ✓ 2 fotografías tamaño infantil blanco y negro o a color y 2 copias.
- 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 y 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 sus 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.

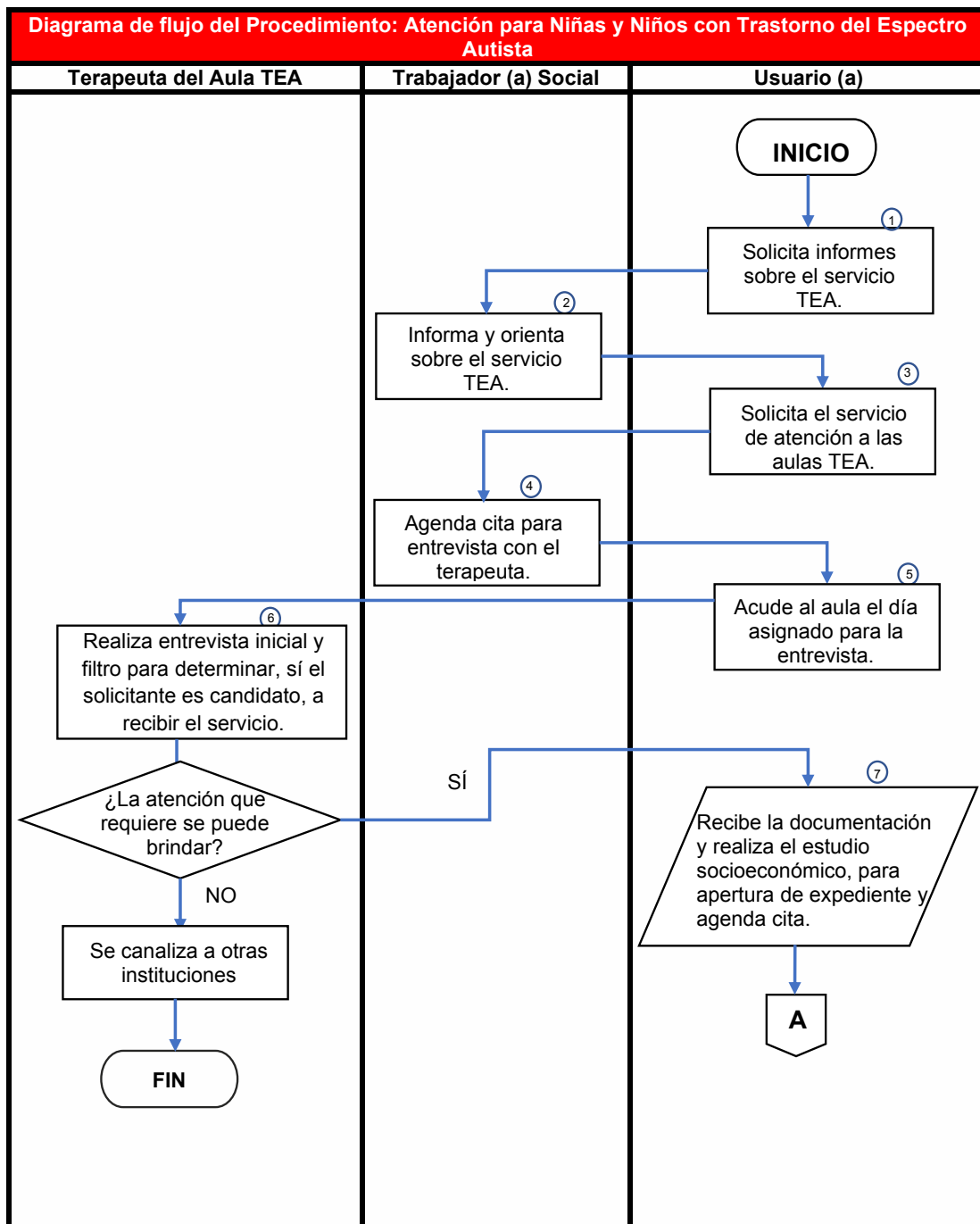


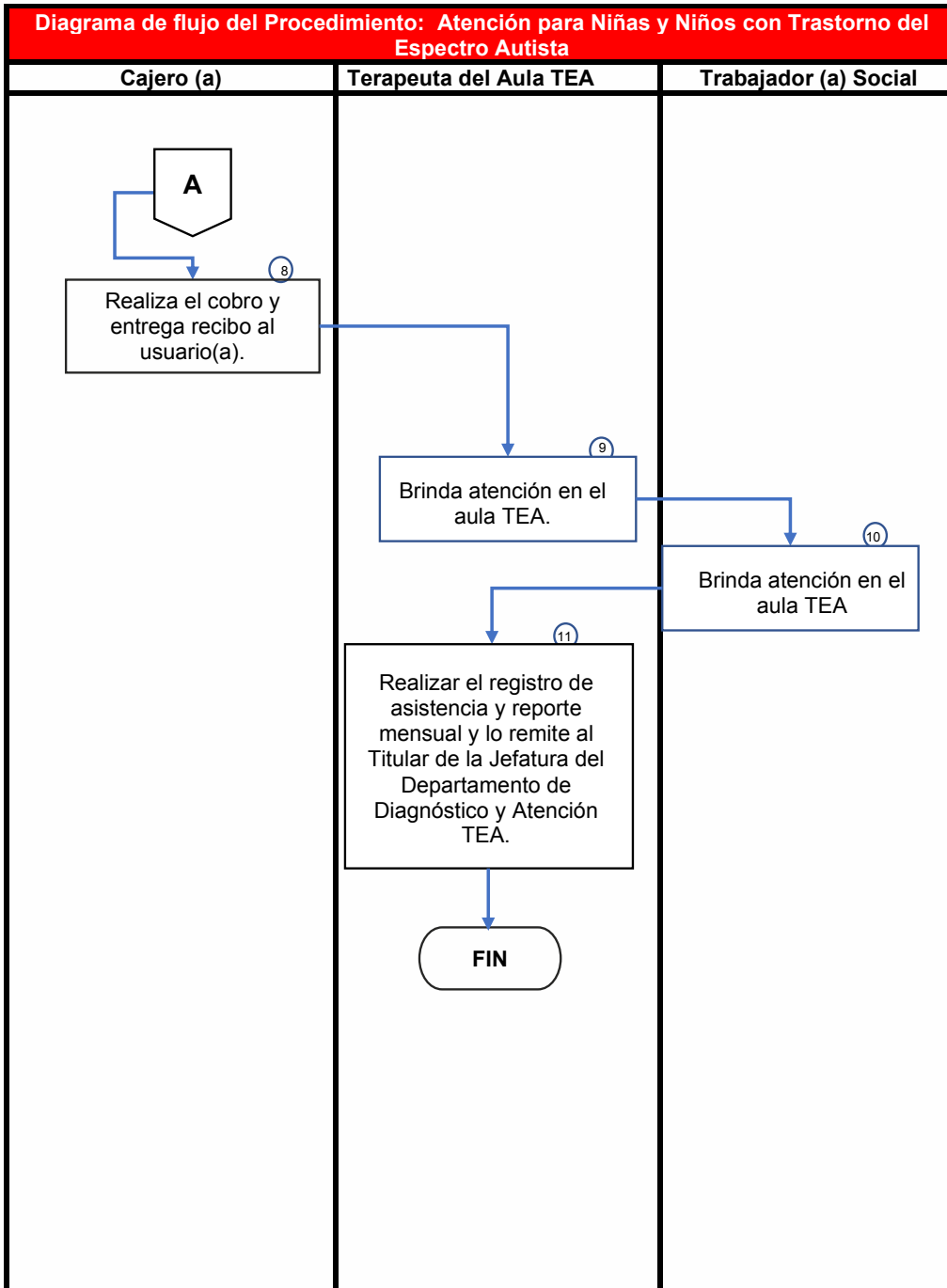


➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

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 para 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



Tlalnepantla 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 requieren) y se comentará el trabajo realizado en casa con los profesionales que lleven el caso del menor de edad.
- Deberá participar activamente en las actividades extensivas como pláticas (una vez al mes) y orientaciones cuando estas sean convenientes, ya sea con el/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 sesión 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 reglamento y llevarlo a cabo esto en (estado/a) y consciente de la sanción a la que será sujeto (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 benefician 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

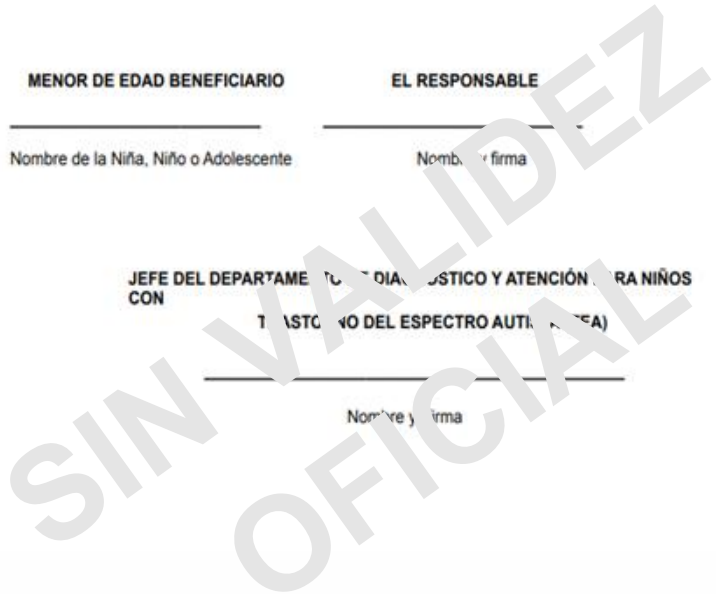
EL RESPONSABLE

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





M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLALAPANTLA DE BAE
2020-2024



▪ **Carnet de Citas**



Fecha	Hora	Asistencia

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

AULA TEA



Nombre:

Tutor:

Expediente:

Fecha	Hora	Asistencia

Fecha	Hora	Asistencia



Formatos de Asistencia

tlaxcalantla

DIRECCIÓN DE SALUD	
DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN PARA NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)	
Formato de Asistencia	

DIF

No.	Nombre	Edad	Atención TEA	Procedimiento	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						

SIN VALIDEZ OFICIAL

SELO 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 (2023)							
Aula TEA:			Fecha (Año/mes)				
Número (s) de empleado:			Nombre (s):				
No.	Nombre de padre o tutor	Iniciales del padre o tutor	Sexo	Edad	Diagnóstico		Observaciones
					SI	NO	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							



Formato de Registro de Orientaciones



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

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



Formato de Registro de Pláticas



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	Apellido
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

SELLO



Formato de Entrevista



ENTREVISTA

I. DATOS DEL PACIENTE

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

ESFERA FAMILIAR

II. DATOS DEL PADRE

NOMBRE _____ EDAD _____ OCUPACIÓN _____
ESTADO CIVIL _____ ESCOLARIDAD _____
LUGAR Y HORARIO DE TRABAJO _____
ESTADO DE SALUD _____
¿QUE ACTIVIDAD REALIZA DURANTE SUS HORAS 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 HORAS 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? _____ ¿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 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 () CÉSAREA () INDUCIDO () CON FORCEPS () SE USÓ 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 ALIMENTA CON LECHE MATERNA: SI () NO () CAUSA _____
 ¿QUE TIPO DE LECHE TOMO Y POR CUANTO TIEMPO? _____
 ¿A QUE EDAD TUVO EL DESTETE? _____ ¿CUAL ES LA ALIMENTACIÓN ACTUAL DEL NIÑO?
 ¿EL NIÑO COME SOLO O CON AYUDA? _____ HORARIO DE SUS COMIDAS _____
 ¿QUIEN LO ATIENDE EN SUS COMIDAS? _____
 ¿HAY ALGUN PROBLEMA QUE CONSIDERA SEÑALAR EN LA ALIMENTACIÓN DE SU HIJO? _____

VII. DESARROLLO DEL NIÑO

¿QUIEN CUIDA AL NIÑO DURANTE LOS PRIMEROS MESES DE VIDA? _____
 ¿COMO EFECTUÓ EL DESTETE? _____
 ¿QUE TIPO DE ESTIMULACIÓN Y PARTICIPACIÓN INVOLUCRÓ LA FAMILIA ANTE EL NIÑO EN SUS PRIMEROS MESES DE VIDA?
 ¿A QUE EDAD LOGRÓ SOSTENER LA CABECITA? _____ 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 BERRINCHOS? _____
¿COMO REACCIONA USTED? _____ ¿ES UN NIÑO DIFÍCIL DE CONTROLAR? _____

AUTOCUIDADO:

¿EXISTE CONTROL DE ESFINTERES? SI () NO () ¿A QUE LOS CONTROLA? _____
¿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 QUÉ HORA SE LE PERMITE ANDAR SOLO POR LA CALLE? _____

INTERACCION SOCIAL:

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

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 PROBLEMATICA DEL NIÑO? _____

¿COMO ES EL MANEJO DE LA AUTORIDAD EN EL HOGAR? _____

¿ESTAN EL PADRE Y LA MADRE DE ACUERDO EN LA FORMA DE EDUCAR A SU HIJO? _____

¿INFLUYEN OTRAS PERSONAS EN LA EDUCACION, QUIEN Y COMO? _____

¿SE CUMPLEN PROMESAS Y ADVERTENCIAS? _____

¿QUE TIPO DE PREMIOS UTILIZAN CON EL NIÑO? _____

¿QUE TIPO DE CASTIGOS UTILIZAN CON EL NIÑO? _____

¿QUE RESULTADOS HAN OBTENIDO EN RELACION A ESTO? _____

¿HAY ALGUN PROBLEMA EN ESPECIAL QUE QUIERA SEÑALAR SOBRE EL NIÑO RELACIONADO CON LA VIDA FAMILIAR? _____

¿SE HAN MUERTO O ALEJADO PERSONAS IMPORTANTES PARA EL NIÑO, QUE RELACION TENIAN? _____

¿COMO FUE LA REACCION DEL NIÑO? _____

X. ESCOLARIDAD

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

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

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

¿ASISTIO A ALGUNA OTRA INSTITUCION? _____

¿HA REPETIDO ALGUN GRADO ESCOLAR? _____

¿HA RECIBIDO CURSOS PARTICULARES? _____

¿QUE DIFICULTAD TIENE ACTUALMENTE EN LA ESCUELA? _____

¿SABE LEER? _____ ESCRIBIR _____ ¿TOMA ADECUADAMENTE DICTADO? _____

¿COMPRENDE 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
		
<p>Lic. Carmen Jazmín Cuenca Espinoza Titular de la Jefatura del Departamento de Diagnóstico y Atención para Niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA)</p>	<p>M.C. Liliana Zamora Benítez Titular de la Dirección de Salud</p>	<p>C. María Teresa Bautista Cebada Titular de la Dirección General</p>



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 PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2024/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 Tlalnepantla; 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 pérdidas de forma temporal o permanente, sea discapacidad de tipo motora, auditiva, visual, neurológica, de habla o mixta.
- **Beneficiario:** Persona con discapacidad que requiere de un apoyo funcional, no cuente con seguridad social que pueda brindar el apoyo y que se encuentre en vulnerabilidad social.
- **Catálogo de Ayuda:** Relación de los bienes funcionales que son susceptibles de donación a las personas físicas de escasos recursos y sin cobertura de seguridad social.
- **Co-beneficiario:** Es el padre, madre, tutor o persona más cercana a la persona con discapacidad que en los casos de menores, personas de custodia o que por las mismas limitaciones el beneficiario no pueda hacer el trámite por sí mismo, podrá representarlo para hacer los 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 candidata (o) 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 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 con lo establecido por 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 peticionario 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 con 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.



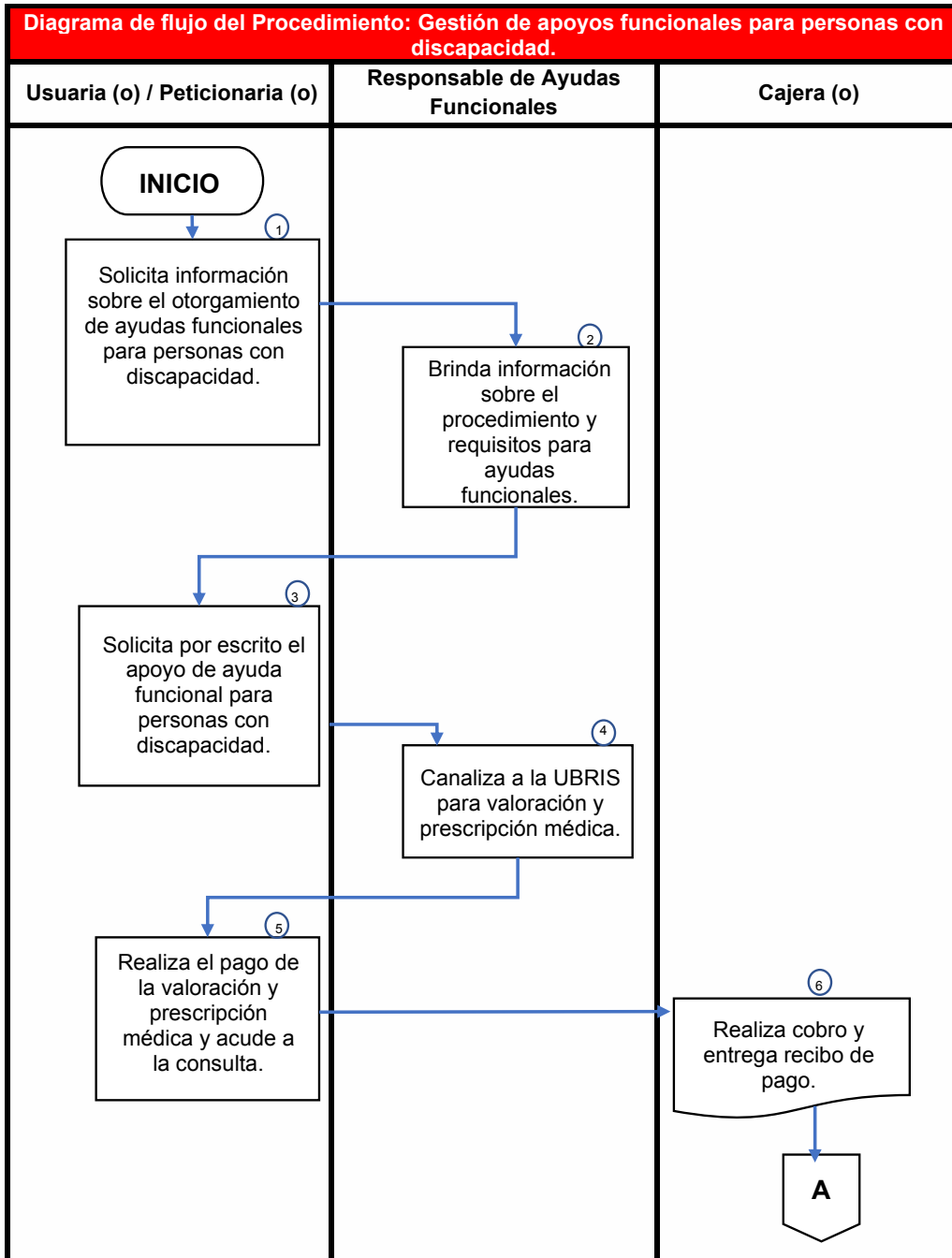


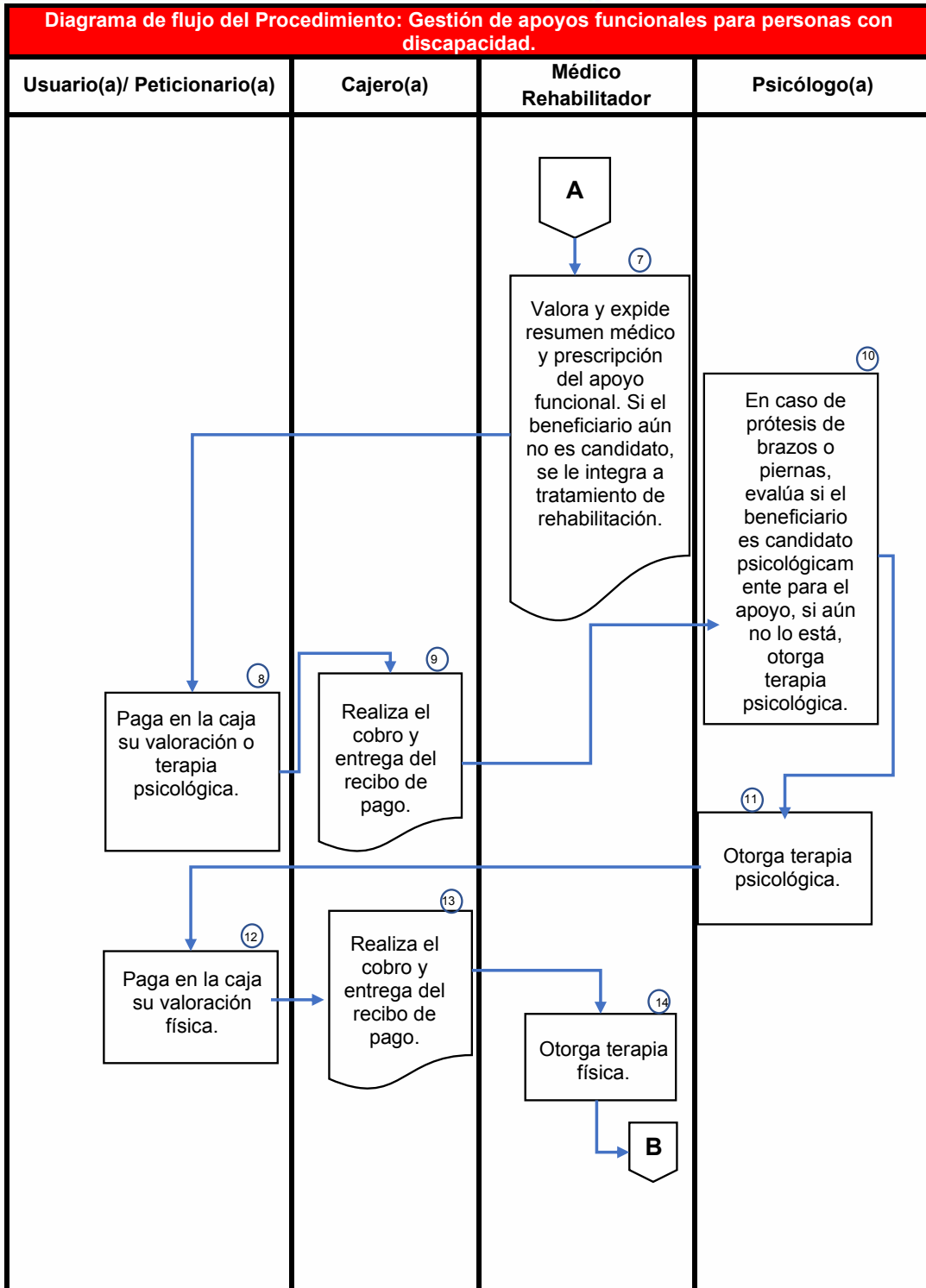
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

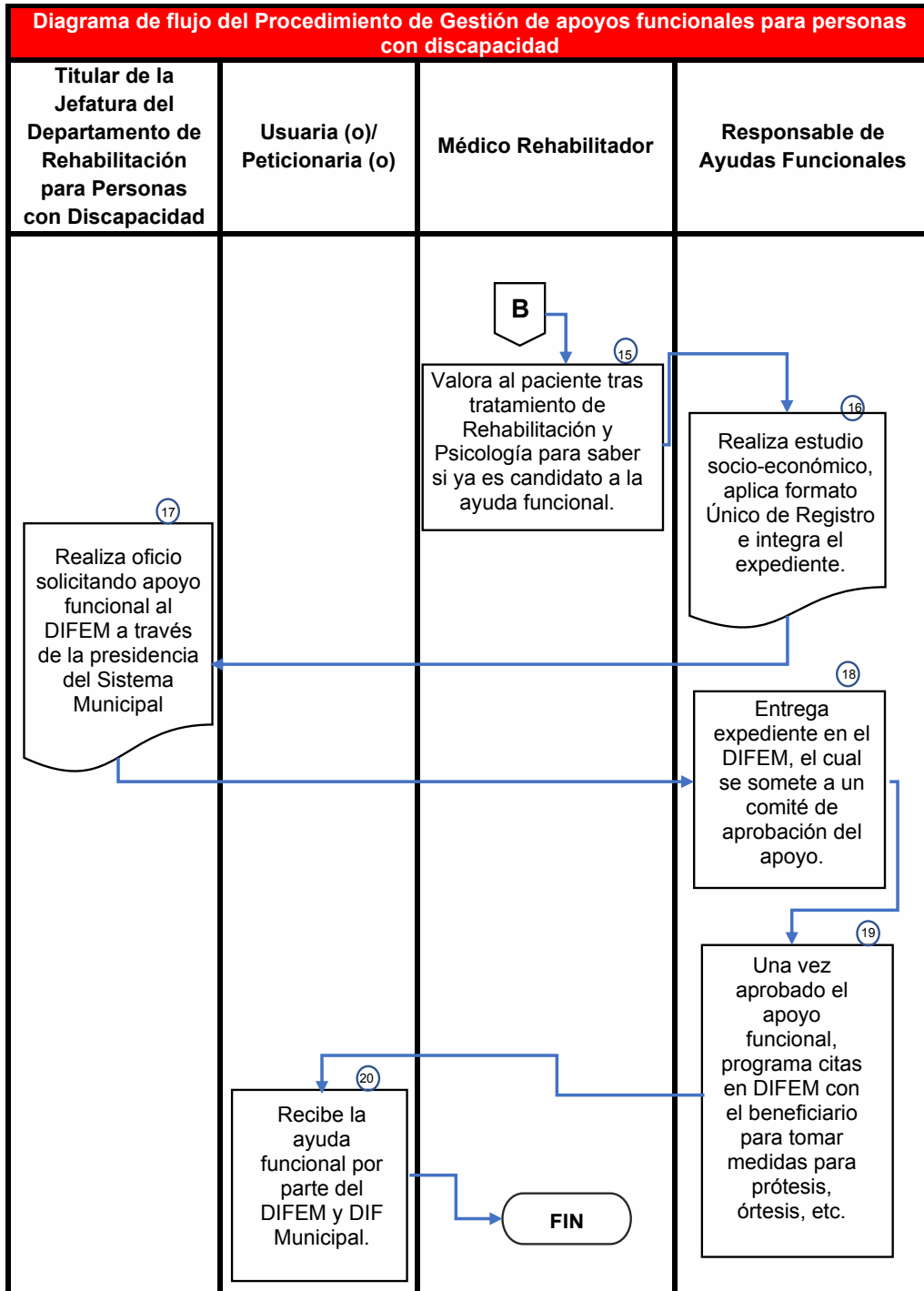
Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	Gestión de apoyos funcionales para personas con discapacidad.	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuaría (o) / Peticionaria (o)	1	Solicita información sobre el otorgamiento de ayudas funcionales para personas con discapacidad.
Responsable de Ayudas Funcionales	2	Brinda información sobre el procedimiento y requisitos para ayudas funcionales.
Usuaría (o) / Peticionaria (o)	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.
Usuaría (o) / Peticionaria (o)	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.
Usuaría (o) / Peticionaria (o)	8	Paga en la caja su valoración y/o terapia psicológica.
Cajero(a)	9	Realiza cobro y entrega recibo de pago.
Psicóloga (o)	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.
Psicóloga (o)	11	Otorga terapia psicológica.
Usuaría (o) / Peticionaria (o)	12	Paga en la caja su valoración física.
Cajero (o)	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.
Usuaría (o) / Peticionaria (o)	20	Recibe la ayuda funcional por parte del DIFEM y DIF Municipal.
FIN		



➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**









➤ **FORMATOS**

▪ **Registro de Personas Beneficiarias**



Formato de registro

Programa "ATENCIÓN PARA EL BIENESTAR DE GRUPOS PRIORITARIOS"

Instrucciones: usar bolígrafo azul para rellenar la opción u opciones según corresponda (n) y bolígrafo para firmar la solicitud de adscripción al

FOLIO

1. Datos del Beneficiario

1.1 Apellido Paterno 1.2 Apellido Materno

1.3 Nombre 1.4 CURP

1.5 ¿La solicitante es menor de edad? Sí (Continua) No (pase al apartado 1.16)

1.6 Folio del acta del menor de edad Clave de elector del mayor de edad

1.7 Fecha de nacimiento 1.8 Género Hombre Mujer Edad

1.9

1.10. Datos del Co-beneficiario

1.11 Apellido paterno 1.12 Apellido Materno

1.13 Nombre/s padre o tutor 1.14 CURP del Co-beneficiario

1.15 Clave de elector Co-beneficiario

1.16 Documento de identificación del padre, madre o tutor
 Acta de nacimiento (especifique) CURP Credencial para votar Constancia domiciliaria Otro

1.17 Documento de identificación del solicitante
 Acta de Nacimiento CURP Credencial para votar Credencial para votar Comprobante de domicilio Otro (especifique)

• **Obligatorio 2 números**

1.18 Teléfono 1.19 Teléfono 1.20 Correo electrónico

1.19 Red social (en caso de ser menor de edad, favor de anotar los datos del padre, madre o tutor)
 Facebook WhatsApp Google Yahoo Twitter Instagram LinkedIn Otro

➤ **Referencia Domiciliaria**

Domicilio Calle y número
Col. Municipio

2.1 Entre la calle

2.2 Y la calle

2.3.2 Referencia

• Realizar croquis con las calles y referencia de la casa a lápiz



Registro de Personas Beneficiarias (continuación)



Formulario de registro Programa "ATENCIÓN PARA EL BIENESTAR DE GRUPOS PRIORITARIOS"

3. Identificación de la vulnerabilidad por discapacidad del solicitante

3.1 La persona que solicita el apoyo, tiene discapacidad de tipo:
Discapacidad Auditiva
Discapacidad Intelectual
Discapacidad visual
Discapacidad física
Discapacidad motriz
Discapacidad de habla
Otro

3.2 ¿La persona que solicita el apoyo requiere asistencia para las actividades de la vida diaria (comer, vestirse ir al baño, etc)?
3.3 ¿El ingreso de su hogar es suficiente para cubrir las necesidades de la persona con discapacidad?

3.4 La persona que solicita el apoyo requiere:
Material de cirugía
Prótesis
Ortesis
Auxilios auditivos o Ayudas Personales
Toxina Botulínica

4. Estudio social

*Este apartado tiene que ser llenado y sellado por el Trabajador social del Sistema DIF.
* El primer bloque es del beneficiario

Table with 6 columns: Miembros de la Familia, Parentesco, Edad, Estado civil, Ocupación, Escolaridad. Includes a 'BENEFICIARIO' row.

Table for 'Situación Económica' with columns for 'Ingreso' and rows for 'PADRE', 'MADRE', 'PACIENTE', 'OTROS', 'TOTAL'.

Table for 'CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA' with columns for COMPONENTES, SERVICIO, TECNICA, TIPOS DE CONSTRUCCION, and BARRA ARQUITECTONICAS (INTERNAS, EXTERNA).





EL AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLAXCALAPANTLA DE 1848
2022-2024



Registro de Personas Beneficiarias (continuación)



GOBIERNO DEL
ESTADO DE
MÉXICO



ESTADO DE
MÉXICO
¡El poder de servir!



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Subdirección de Rehabilitación de Personas con Discapacidad

Formato de registro Programa "ATENCIÓN PARA EL BIENESTAR DE GRUPOS PRIORITARIOS"

DATOS SIGNIFICATIVOS DE LA FAMILIA		
FAMILIA NUCLEAR CON BUENAS DINAMICA FAMILIA Y LOS ROLES BIEN ESTABLECIDOS		
DIAGNOSTICO Y PLAN SOCIAL		
GESTION DE APOYO FUNCIONAL		
NOMBRE T. S	FIRMA	SELLO DE DIF

Características adicionales del solicitante

¿Se encuentra en alguna de las siguientes circunstancias?

A) Desempeña alguna actividad productiva SINO SI

B) Tiene alguna situación medica de urgencia SINO ¿Cuál? _____

C) Ha sido víctima u ofendido de algún delito SINO ¿Cuál? _____

D) Padece alguna enfermedad crónica degenerativa SINO ¿Cuál? _____

E) Cuida menores de edad, hijo(a) de mujeres que perdieron la libertad por resolución judicial SINO SI

F) Es repatriado (a) SINO SI

G) Es jefe (e) de familia SINO SI

Por este medio yo _____ solicito mi registro al PROGRAMA "ATENCIÓN PARA EL BIENESTAR DE GRUPOS PRIORITARIOS", con la finalidad de ser beneficiaria (o) del mismo y atender mis necesidades básicas; manifiesto que toda la información aquí contenida es verídica, fehaciente y acorde a la realidad y confío que se integró el expediente como beneficiaria (o) y verifique la acreditación de los requisitos que establecen en la misma. AUTORIZACION DE USO DE DATOS PERSONALES. Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados, en la Base de Datos de este Programa de Desarrollo Social, Información que **SI**, **NO** podrá transmitirse con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, 2, 18, 19 y 97 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios; el fracción XIV de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios; con las finalidades señaladas en los citados artículos y previa justificación de la misma, además de otras transmisiones previas. El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los sujetos obligados correspondientes. **"ESTE PROGRAMA ES PÚBLICO AJENO A CUALQUIER PARTIDO POLÍTICO. QUEDA PROHIBIDO SU USO PARA FINES DISTINTOS AL DESARROLLO SOCIAL. QUIEN HAGA USO INDEBIDO DE LOS RECURSOS DE ESTE PROGRAMA PODRÁ SER DENUNCIADO Y SANCIONADO ANTE LAS AUTORIDADES CONFORME A LO QUE DISPONES LA LEY EN LA MATERIA".**

Bajo protesta de solemnidad manifiesto que la información proporcionada es verídica. Autorizo que el personal responsable del programa pueda verificar los datos asentados en esta solicitud y en caso encontrase fallas en los mismos, podrá ser motivo de que el apoyo pueda ser cancelado aun cuando ya se haya asignado. Al firmar la presente solicitud manifiesto conocer los derechos y obligaciones establecidas en el programa y me comprometo a cumplir las responsabilidades que se derivan de la asignación del apoyo.

Solicitante _____ Por la instancia ejecutora _____

Nombre completo y firma _____ Nombre completo y firma del responsable del beneficio _____

FO200C0101050200L/892/2024



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	M.C. Liliana Benítez Zamora	C. María Teresa Bautista Cebada
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	EMISIÓN DE CREDENCIAL NACIONAL DE DISCAPACIDAD
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2024/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.
- ◆ 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:

- ◆ 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

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.
- La usuaria (o) 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 y copia simple de acta de nacimiento.
 - ✓ Presentar original y copia simple del INE.
 - ✓ Presentar original y copia simple de CURP.
 - ✓ Presentar original y copia simple de comprobante de domicilio que tendrá que coincidir con el INE.
 - ✓ Presentar original y copia simple en caso de menores de edad se integra la identificación oficial de madre, padre o persona legalmente responsable.
- 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.
- La persona usuaria deberá cubrir el costo del certificado de Discapacidad Permanente, de acuerdo con el "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 CRENAPEP, solo conservará o recogerá el certificado de discapacidad y el formato de acuse de entrega de la credencial.
- La persona usuaria deberá respetar la normatividad establecida en relación con el 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.



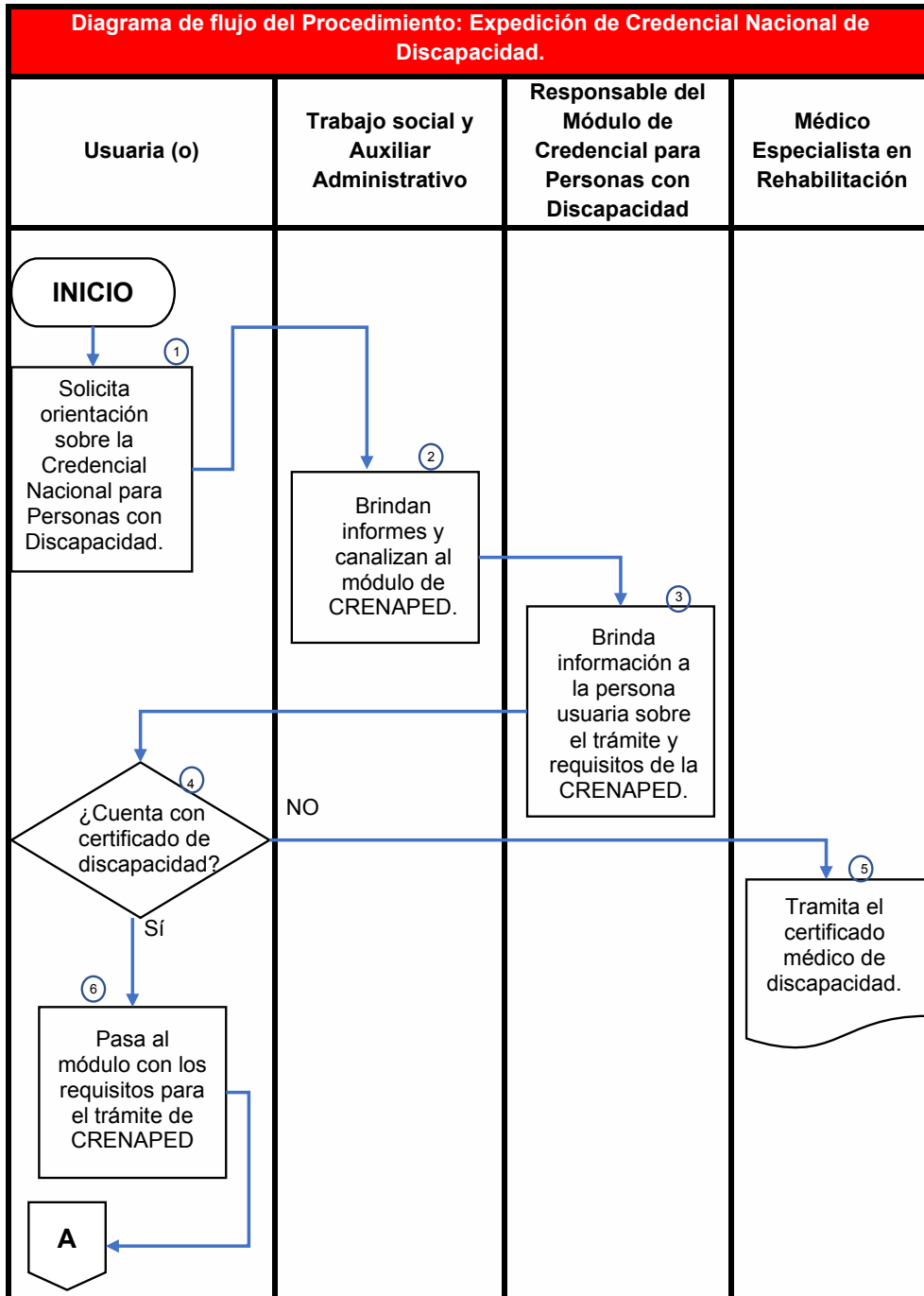


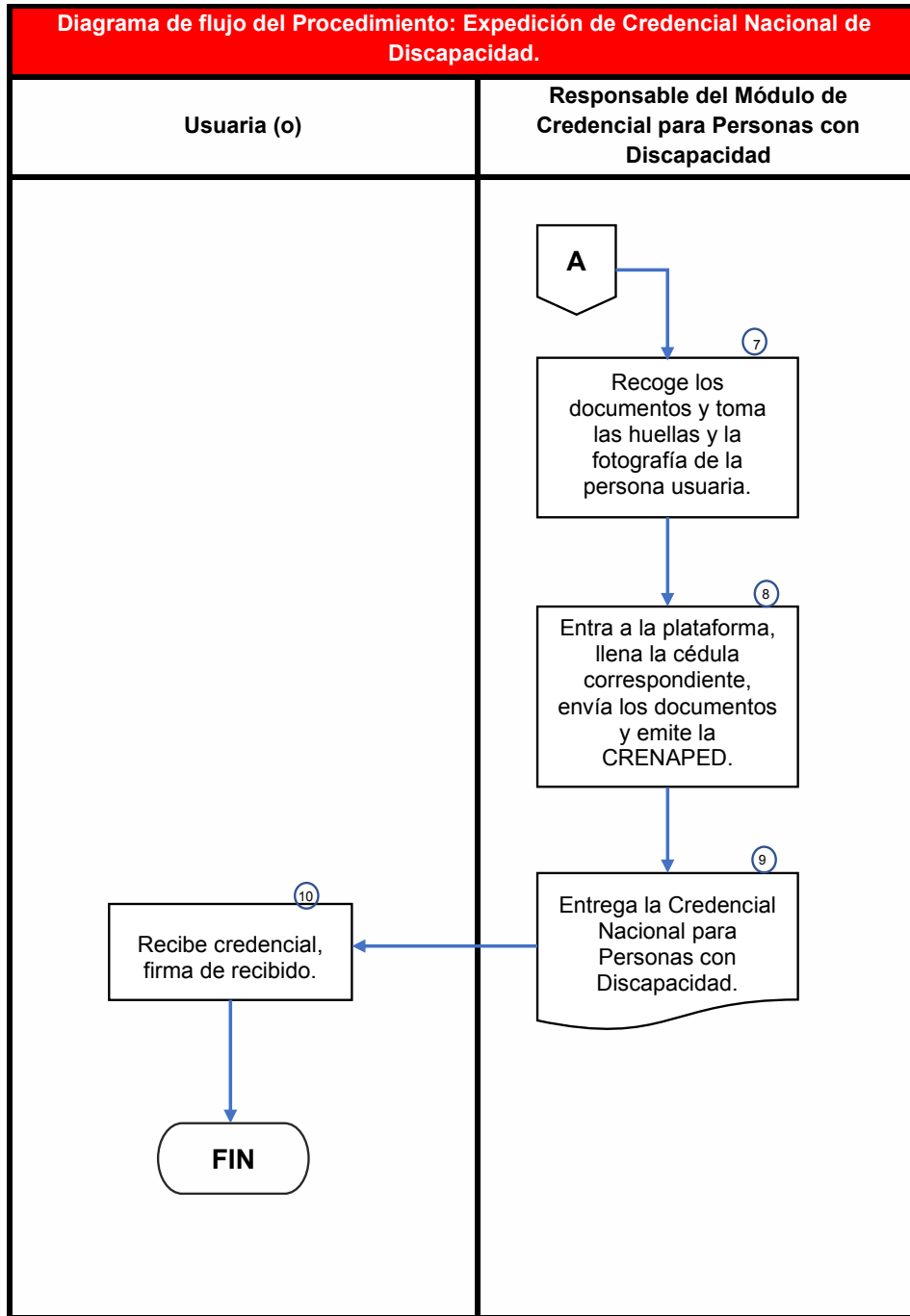
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuaría (o)	1	Solicita orientación sobre la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad.
Trabajo Social y Auxiliar Administrativo	2	Brinda informes y canalizan al módulo de CRENAPED.
Responsable del Módulo de Credencial Nacional de Discapacidad	3	Brinda información a la persona usuaria sobre el trámite y requisitos de la CRENAPED.
Usuaría (o)	4	Acude con los documentos requeridos para el trámite de la CRENAPED.
Médico Rehabilitador	5	Tramita el certificado médico de discapacidad, en caso de no contar con el documento.
Usuaría (o)	6	Pasa al módulo con los requisitos para el trámite de credencial.
Responsable del Módulo de Credencial Nacional de Discapacidad	7	Recoge los documentos, toma las huellas y la fotografía de la persona usuaria.
Responsable del Módulo de Credencial Nacional de Discapacidad	8	Entra a la plataforma, llena la cédula correspondiente, y envía los documentos y emite la CRENAPED.
Responsable del Módulo de Credencial Nacional de Discapacidad	9	Entrega la Credencial Nacional para Personas con Discapacidad.
Usuaría (o)	10	Recibe la credencial y firma de recibido
FIN		



➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**







➤ **FORMATOS**

- **Credencial Nacional de Discapacidad**

The image shows two views of the National Disability Credential (SNDIF) form. The left view is the front side, featuring the 'SALUD' logo and 'SECRETARÍA DE SALUD' text. It includes fields for 'FOLIO', 'NOMBRE', 'APELLIDOS', 'DIRECCIÓN', and 'CLUP'. A large white box is present for a photo. Below these fields, it states 'DISCAPACIDAD PERMANENTE' and 'VENCE 12/2019'. At the bottom, it reads 'TÍTULO DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA' and 'SNDIF'. The right view is the back side, featuring the 'SALUD' logo and 'SECRETARÍA DE SALUD' text. It includes a 'Huella digital' (digital fingerprint) area and fields for 'EN CASO DE ACCIDENTE FAVOR DE LLAMAR A', 'NOMBRE', 'DOMICILIO', and 'TELÉFONO'. A line for 'FIRMA DEL ACREDITADO' is also present. At the bottom, it states 'ESTA CREDENCIAL ES INTANSFERIBLE Y NO SE PUEDE UTILIZAR CON FINES DE LUCRO' and contains a barcode.



▪ Acuse de entrega de la Credencial Nacional de Discapacidad



**Módulo de Credencial Nacional para Personas con
Discapacidad**
Entrega de Credencial

Recibí Credencial Nacional de Discapacidad con folio No: _____

El Día _____ Mes: _____ Año: _____

Nombre: _____

Nombre de la Madre, Padre o Tutor: _____

ENTREGA	RECIBE
_____ FIRMA RESPONSABLE DEL MÓDULO	_____ FIRMA PACIENTE

Sistema Municipal DIF Tlalnepantla de Baz en Av. Convento de Santa Mónica s/n, esq. Convento de San Fernando C.P 54050 Estado de México Tel: (55) 53612115 www.diflalnepantla.gob.mx





M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024



▪ Registro de Credenciales Entregadas



M. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024



Módulo de Credencial Nacional para Personas con Discapacidad
Credenciales Otorgadas

Encargado del Módulo: _____

Mes: _____

No. de Empleado: _____

No. Atención	Fecha	Nombre	Edad	Sexo	Domicilio	CIE y Tipo de Discapacidad	Teléfono	Folio de Credencial

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.dif.tlalnepantla.gob.mx

> VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	M.C. Liliana Benitez Zamora	C. María Teresa Bautista Cebada
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	TERAPIAS FÍSICAS, OCUPACIONAL Y REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2024/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 físicas, ocupacional y de rehabilitación a personas de todas las edades con y sin discapacidad con calidad y calidez para su pleno desarrollo; las modalidades pueden ser estimulación temprana, 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, Tlalneapantla 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 Ecuéstres, 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.

Terapeuta Ocupacional, 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.
- **Estimulación temprana:** Proceso de intervención que tiene por objetivo estimular y fomentar el desarrollo físico, emocional y de inteligencia, en las niñas y niños. Cuanto antes se estimulan las potencialidades, más temprano se podrá detectar algún factor de riesgo en el desarrollo infantil.
- **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 Tlalneantla 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 la persona usuaria reciba terapias físicas, ocupacional y de rehabilitación de acuerdo con 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:
 - ✓ Estimulación temprana;
 - ✓ Atención psicológica;
 - ✓ Terapia de lenguaje;
 - ✓ Terapia física;
 - ✓ Terapia ocupacional;
 - ✓ Terapia ecuestre;
 - ✓ Terapia psicopedagógica; y
 - ✓ Masoterapia.
- Las terapias físicas, ocupacional y 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.
	Estimulación temprana

- El costo de las terapias se llevará a cabo de conforme al “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el Sistema Municipal DIF, Tlalnepantla de Baz”, vigente.
- 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.





- Toda persona usuaria que desee ingresar a las terapias físicas deberá ser valorado por el médico rehabilitador.
- El Trabajador (a) Social deberá integrar la documentación necesaria para brindar las Terapias, en el cual se requiere:
 - ✓ Notas médicas (diagnóstico médico de un especialista que indique la discapacidad) (original y dos copias simples);
 - ✓ Clave Única de Registro de Población de la persona usuaria (dos copias simples);
 - ✓ Clave Única de Registro de Población (CURP) del padre, madre o tutor (en caso de ser menor de edad la persona usuaria) (dos copias simples);
 - ✓ Acta de nacimiento de la persona usuaria (original y dos copias simples);
 - ✓ Acta de nacimiento del padre, madre o tutor (en caso de ser menor de edad la persona usuaria) (dos copias simples);
 - ✓ Identificación Oficial (INE) del padre, madre o tutor (en caso de ser menor de edad la persona usuaria); y
 - ✓ Comprobante de domicilio no mayor a tres meses (del municipio de Tlalnepantla de Baz o de otros municipios).
- 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 la caja y entregar copia de talón al terapeuta.
- La persona usuaria acudirá en óptimo estado de higiene y con el material requerido para que se efectúe el tratamiento.
- La persona usuaria deberá respetar la normatividad establecida en relación con el cuidado de la salud y protección de enfermedades respiratorias u otra de cualquier tipo, como el COVID-19.
- La persona usuaria deberá leer, firmar y hacer valer el reglamento vigente para que se pueda brindar la atención.
- La persona usuaria 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.
- La persona usuaria 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.
- La persona usuaria tiene derecho a recibir información suficiente clara y precisa sobre su padecimiento.
- La persona usuaria tiene derecho a ser tratado con respeto y confidencialidad.
- Toda persona usuaria 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.





- 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.
- La sesión de Terapia Física tendrá una duración de sesenta minutos.
- La Terapia Física es brindada en la cámara de estimulación multisensorial y debe de ser realizada exclusivamente por personal con un grado igual o mayor a Licenciatura en Fisioterapia o Licenciatura en Terapia Ocupacional.
- 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 tiempo aproximado de la Terapia Física de masoterapia es de treinta minutos.
- 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 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.
- 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.





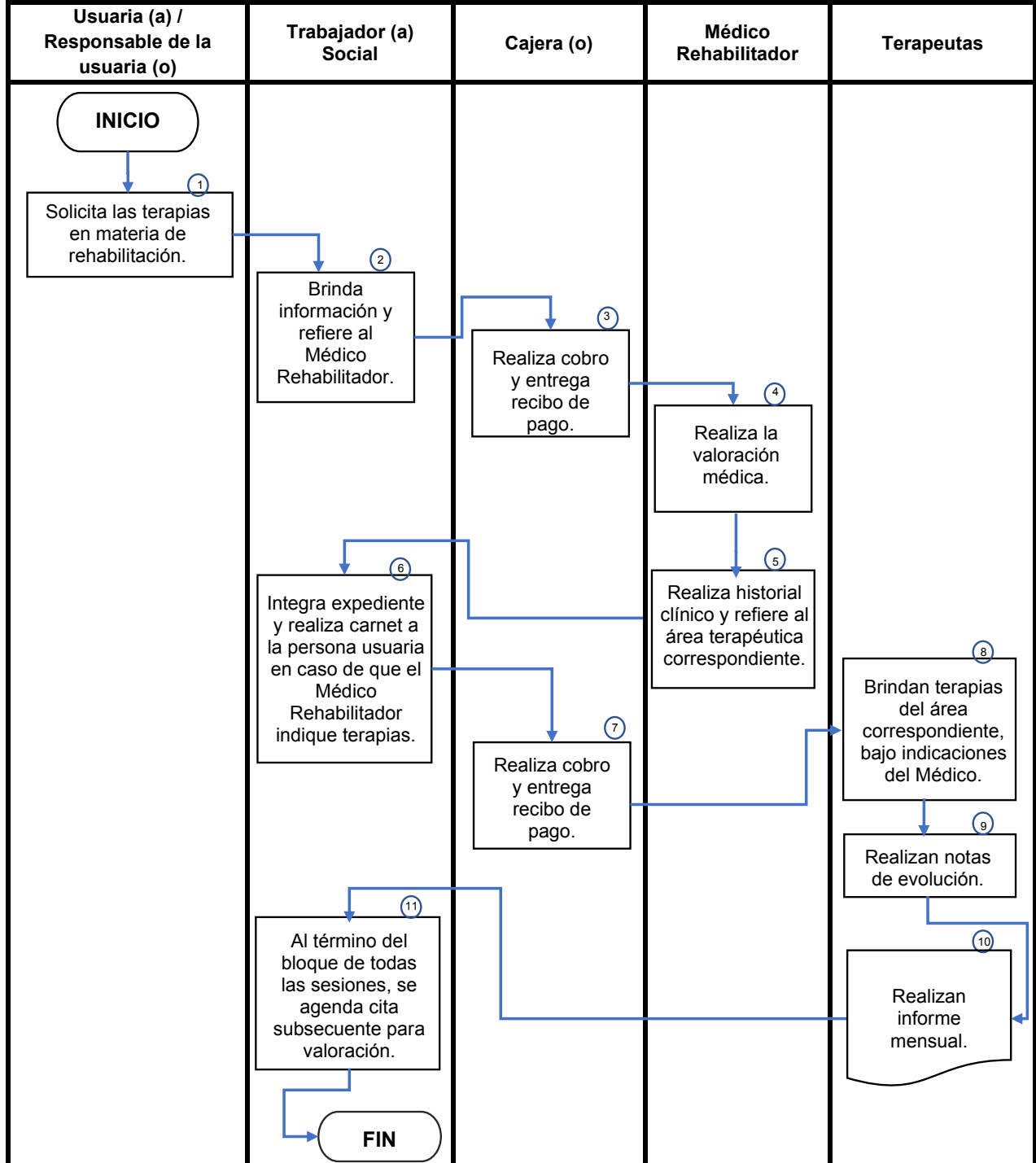
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD Terapias Físicas, Ocupacional y Rehabilitación para las Personas con Discapacidad	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuaría (a) / Responsable de la usuaria (o)	1	Solicita información sobre los servicios en materia de rehabilitación.
Trabajador (a) Social	2	Brinda información y refiere al Médico Rehabilitador para su valoración.
Cajera (o)	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 de la persona usuaria en caso de que el Médico Rehabilitador indique tratamiento rehabilitador.
Cajera (o)	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**

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE TLANEPANTLA DE BAZ
2023- 2024

DIF
tlalnepantla

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	Género				Atención	Observaciones	Folio
			1-14 vez 2- Subs	Masculino <18 años	Femenino >18 años	Atención			
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)**

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE TLANEPANTLA DE BAZ
2023- 2024

DIF
tlalnepantla

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) 2ª 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 (1) / (2)	ELABORACION	OTRA	
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



▪ Tarjetón de Terapia



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

TARJETÓN DE TERAPIA

FECHA	# EXPENDIENTE	
NOMBRE	SEXO	EDAD
DIAGNOSTICO		

MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ENERO																																
FEBRERO																																
MARZO																																
ABRIL																																
MAYO																																
JUNIO																																
JULIO																																
AGOSTO																																
SEPTIEMBRE																																
OCTUBRE																																
NOVIEMBRE																																
DICIEMBRE																																

INDICACIONES
OBSERVACIONES

SIN VALIDEZ OFICIAL





▪ Registro de Equino Terapia



"2023, Año del Quincuagésimo 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. Liliana Benítez Zamora	C. María Teresa Bautista Cebada
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 A LA DISCAPACIDAD (PREVEDIF)
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2024/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 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.

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.

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.
- **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.

➤ **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 talleres y pláticas a padres de familia sobre la prevención y detección temprana de la discapacidad.

➤ **POLÍTICAS**

- 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 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.



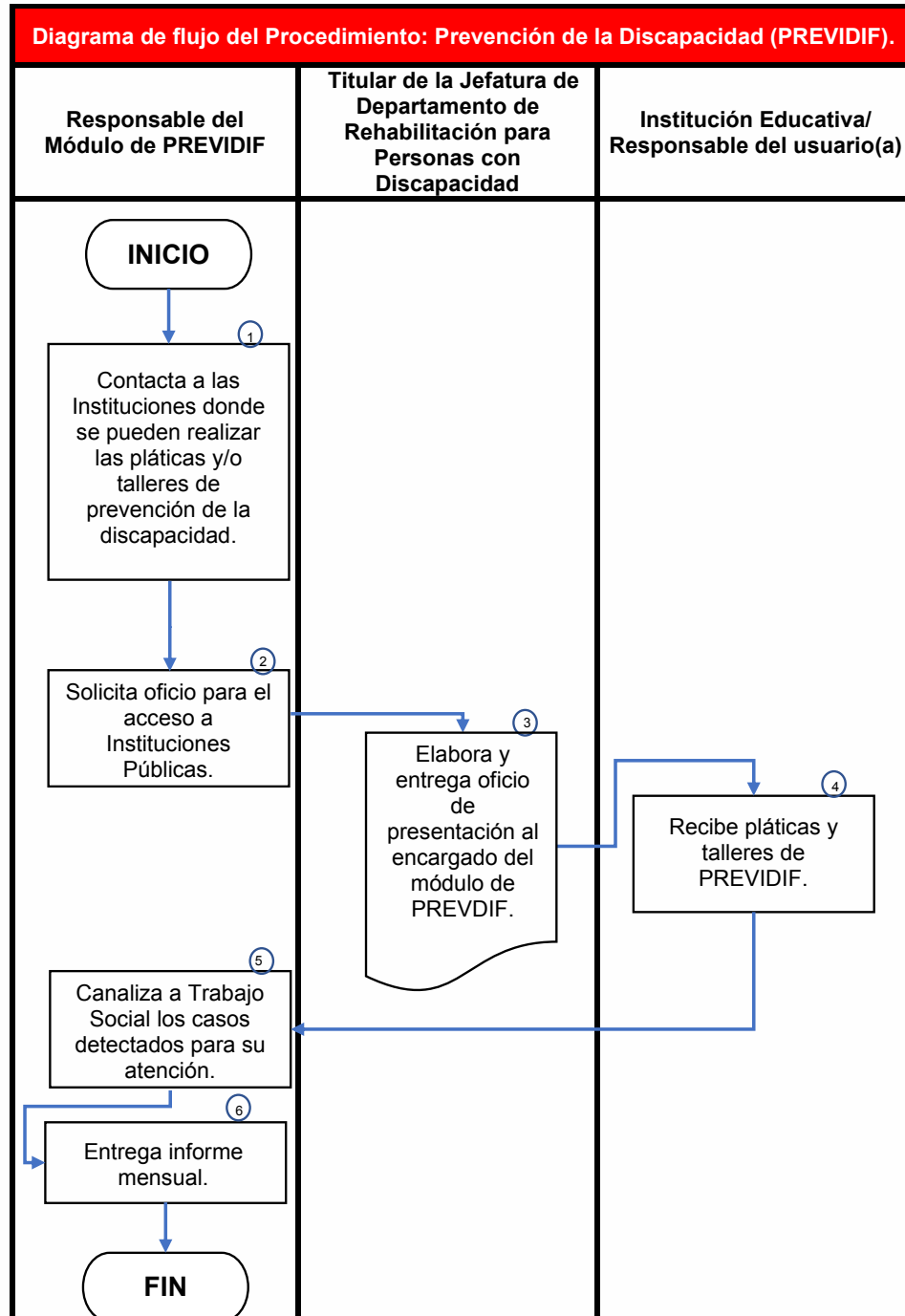


➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

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.
Responsable del módulo PREVIDIF	6	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 Terapias de Estimulación Temprana

H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNEPANTLA DE BAZ
2022- 2024

DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCA
DEL SMDIF DE TLALNEPANTLA DE BAZ



TEMA: **LISTA DE ASISTENCIA DE PLATICAS/ TALLER** FECHA:
INSTITUCIÓN BENEFICIADA:

No	NOMBRE	EDAD	TELEFONO	OBSERVACIONES



> VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	M.C. Liliana Benítez Zamora	C. María Teresa Bautista Cebada
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 PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2024/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.

Cajera (o), 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”, vigente.

➤ **GLOSARIO**

- **Canalización:** Acción de referir a las usuarias (os) 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 de la usuaria (o):** 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 de la persona usuaria 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.
- La atención en trabajo social para personas con discapacidad es un servicio de primer contacto, al ingreso a las Unidades Básicas de Rehabilitación e Integración Social (U.B.R.I.S. Angelica Aragón y Tenayo), en conjunto con el equipo multidisciplinario de salud, al recibir cualquier servicio terapéutico y /o de rehabilitación de estas. El personal de Trabajo Social es el encargado de realizar estudios socioeconómicos, con el objetivo de conocer la situación de los pacientes y sus familiares, además de brindar asesoría, seguimiento y acompañamiento en las diversas situaciones que afrontan las personas en situación de vulnerabilidad.



- El servicio de Trabajo Social será otorgado gratuitamente, sin embargo, el estudio socioeconómico tiene un costo determinado por el “Catalogo de Cuotas de los Servicios Brindados en el SMDIF”, vigente.
- El horario de atención en las visitas domiciliarias es de 08:00 a 14:00 horas.
- 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 copia simple de:
 - ✓ CURP;
 - ✓ Acta de nacimiento;
 - ✓ Identificación Oficial (INE) ampliada a un 200%; y
 - ✓ Comprobante de domicilio.
- Se tendrá que entregar la documentación para integrar el expediente clínico, de no presentar la documentación completa no se podrá dar seguimiento al servicio.
- La persona usuaria deberá respetar la normatividad establecida en relación con el cuidado de la salud y protección de enfermedades respiratorias u otra de cualquier tipo, como el COVID-19
- La persona usuaria deberá hacer valer el reglamento vigente para que se pueda brindar la atención.



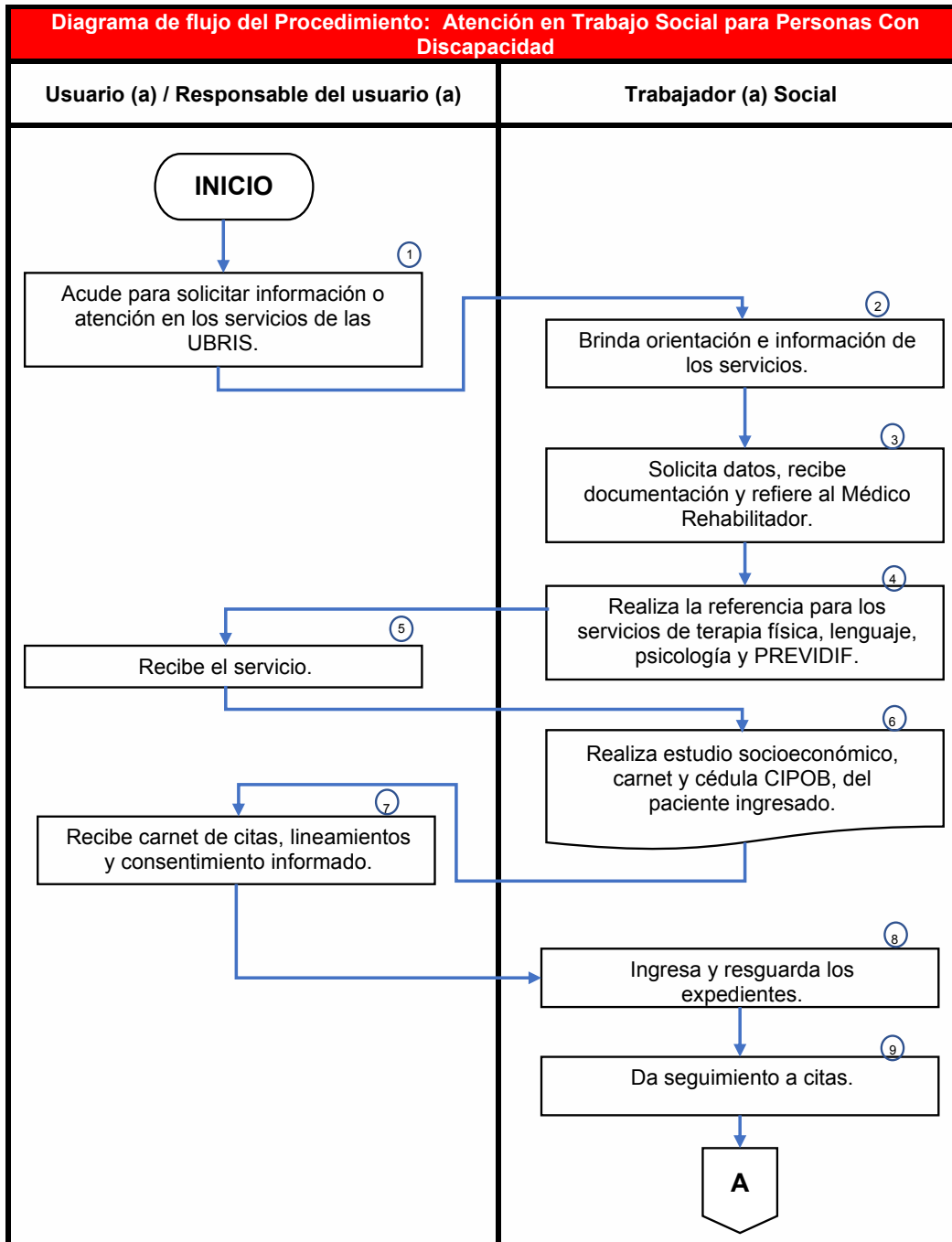


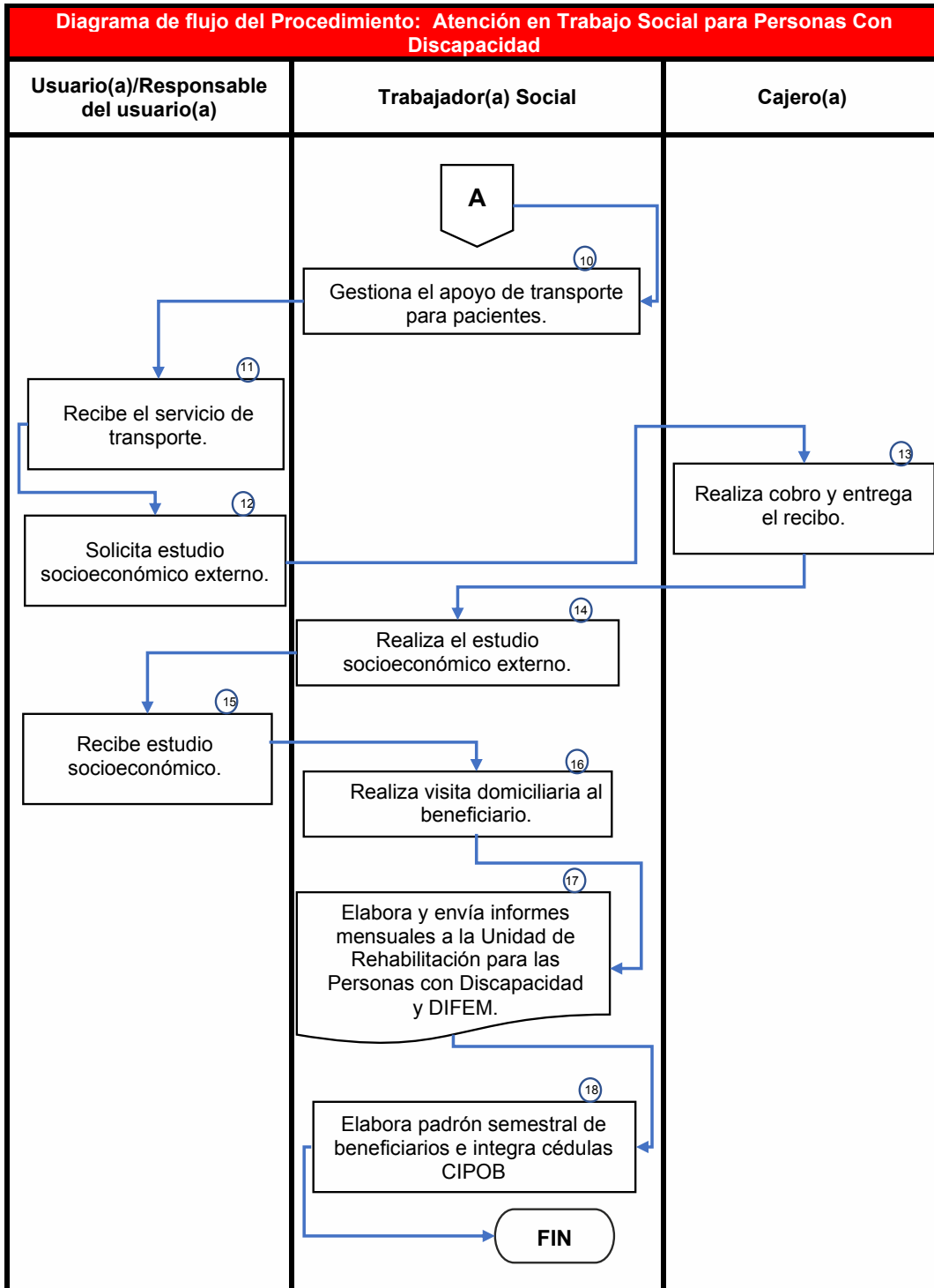
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD Atención en Trabajo Social para Personas con Discapacidad	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuario (a) /Responsable del usuario (a)	1	Acude a 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**







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

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 ejecuta dora (SEDIF, SMDIF y OSC), por lo que se le solicita contestar precisa y objetivamente.					
¿Qué tipo de apoyo fue otorgado a través del programa?					
¿Cómo este tipo de apoyo contribuyó a solucionar su problema?					
¿En qué porcentaje el apoyo otorgado ha contribuido a solucionar el problema?	30%	40%	60%	80%	100%
¿Considera que el apoyo otorgado mejoro su calidad de vida?	SI		NO		
¿Considera que este tipo de apoyo mejoro el desarrollo social del municipio, estado o país?	SI		NO		
¿Considera que este tipo de apoyo debe continuar?	SI		NO		
¿Considera que este tipo de programas que proporcionan estos apoyos son oportunos y responden a sus necesidades	SI		NO		
Si requiriera este tipo de apoyos en materia de atención a personas con discapacidad ¿volvería a solicitarlo?	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)**

 <p>SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN TRABAJO SOCIAL</p> <p>ESTUDIO SOCIAL CORTO</p>				
NOMBRE:			CLASIFICACIÓN	
EDAD	SEXO	EDO. CIVIL	FECHA DE ESTUDIO	
ESCOLARIDAD	OCCUPACIÓN	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	OCCUPACIÓN ESCOLARIDAD

➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa	M.C. Liliana Benítez Zamora	C. María Teresa Bautista Cebada
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	SERVICIOS MÉDICO-ASISTENCIALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2024/MP/DS/DRPD/006

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/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 terapias 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 continua 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.

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).





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.
- Tratamiento psicológico a los pacientes.

➤ 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.
 - ✓ Dos 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 con la finalidad de solicitar Credencial Nacional para Personas con Discapacidad.
- 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 con el 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.
- 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.



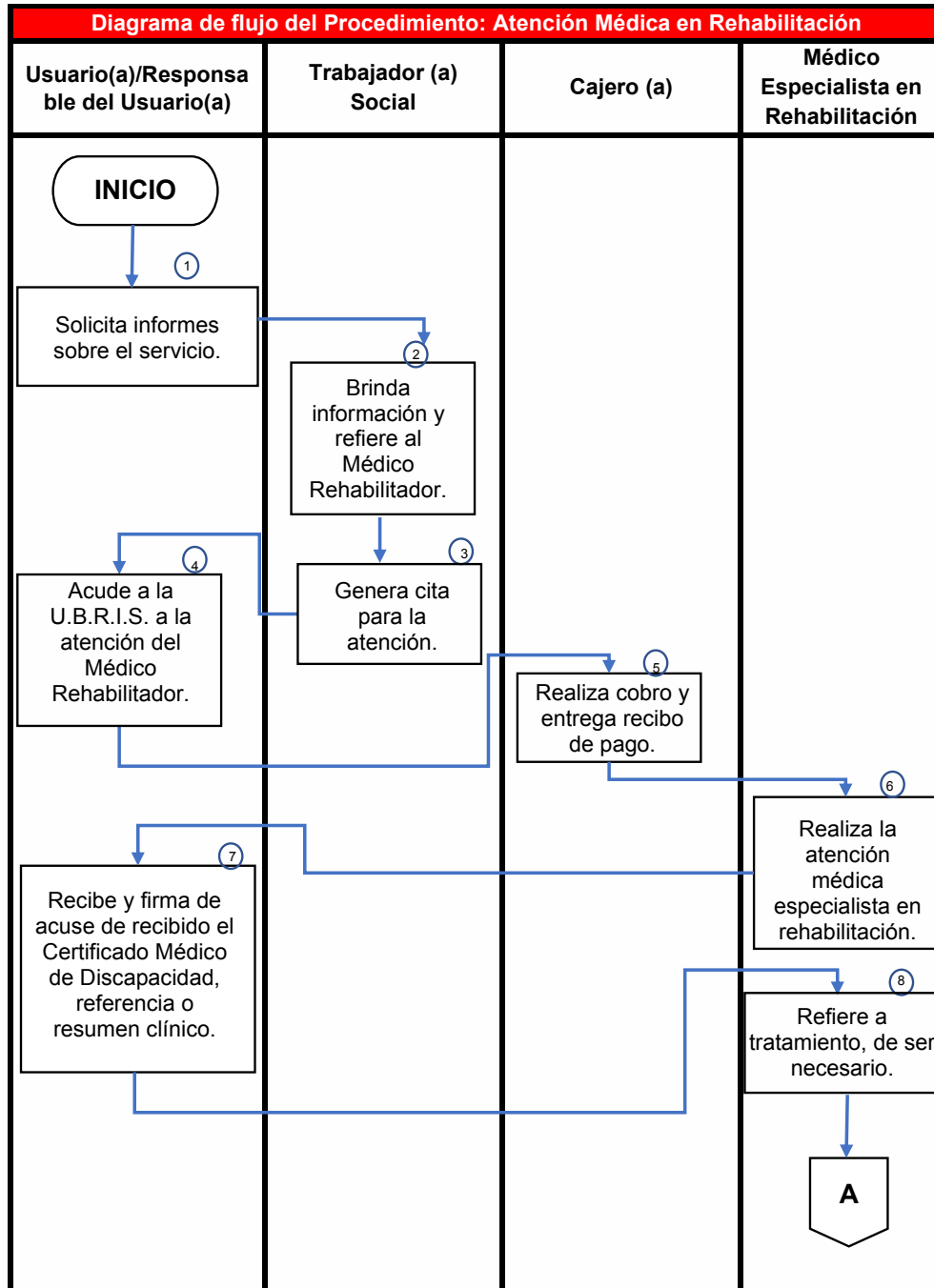


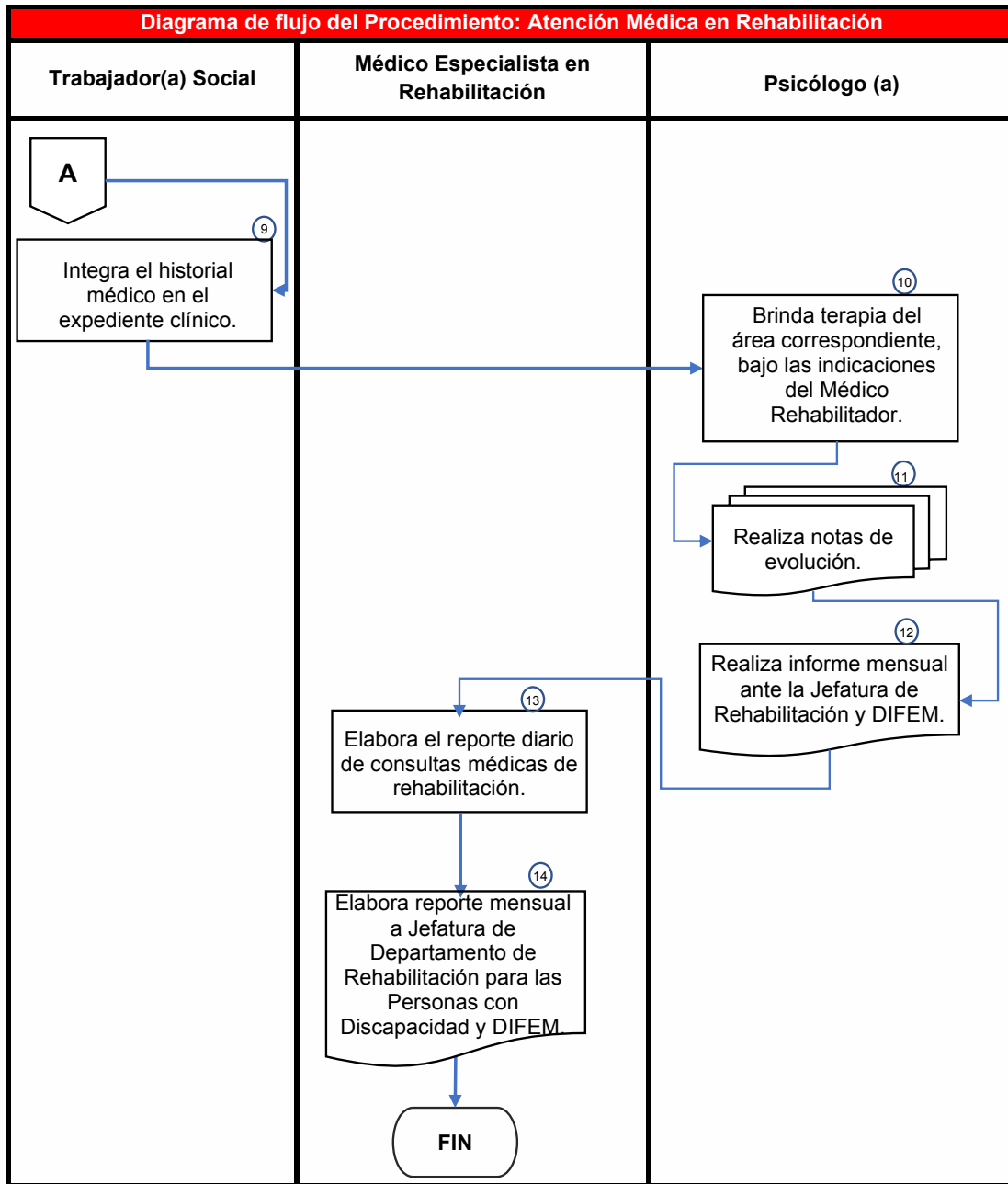
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD SERVICIOS MÉDICO ASISTENCIALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	
	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 con el 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.
Psicólogo (a)	10	Brinda terapia del área correspondiente, bajo las indicaciones del Médico Rehabilitador.
Psicólogo (a)	11	Realiza notas de evolución.
Psicólogo (a)	12	Realiza informe mensual ante la Jefatura de Rehabilitación y DIFEM.
Médico Rehabilitador Psicólogo (a)	13	Elabora el reporte diario de consultas médicas de rehabilitación.
Médico Rehabilitador Psicólogo (a)	14	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**

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

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: _____
 Estado civil: _____ Hijos: _____ Dependientes económicos: _____
 Usuario de servicios de salud: _____ Servicios de salud utilizados: _____
 Exclusivo para menores de edad o adultos con discapacidad que requieren el apoyo habitual de otra persona.
 Nombre de tutor/cuidador o facilitador: _____

DOMICILIO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Tipo de vivienda: _____ Nombre de vivienda: _____
 No. exterior: _____ No. Interior: _____ Colonia: _____
 C.P.: _____ Municipio: _____ Entidad de residencia: _____

FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD

CONDICIÓN DE SALUD
 Marco conceptual basado en la etiología. Debe incluir código alfanumérico correspondiente a la CIF-10. En caso de presentar más de una afección, el diagnóstico principal corresponderá al causante de mayor restricción y restricción.
 Diagnóstico principal: _____ Código CIE-10: _____
 Diagnóstico ampliado: _____

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

FUNCIONES CORPORALES	Grado de deficiencia: -
Wallas de códigos de la CIF y sus códigos de referencia	
Mentales (pensamiento, memoria, juicio, afecto y cognición) (b10-b19)	Distintos grados
Sensoriales y del dolor (b20-b29)	
La voz y el habla (b30-b39)	
Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio (b40-b49)	
Sistema digestivo, metabólico y endocrino (b50-b59)	
Genitourinarias y reproductoras (b60-b69)	
Neuromusculoesqueléticas del movimiento (b70-b79)	
Piel y estructuras relacionadas (b80-b89)	

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

ESTRUCTURAS CORPORALES	Grado de deficiencia: s
Wallas de códigos de la CIF y sus códigos de referencia	
Sistema nervioso (s10-s19)	Distintos grados
Ojo, oídos y estructuras relacionadas (s20-s29)	
Involucradas en la voz y el habla (s30-s39)	
Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio (s40-s49)	
Sistema digestivo, metabólico y endocrino (s50-s59)	
Genitourinarias y reproductoras (s60-s69)	
Relacionadas con el movimiento (s70-s79)	
Piel y estructuras relacionadas (s80-s89)	

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN
 Actividad es la realización de una tarea o acción por una persona. Participación es el acto de involucrarse en una situación vital.
 Si la persona es mayor de 18 años, pregunte acerca de las dificultades que tienen debido a sus condiciones de salud (versión administrada por entrevistador de 12 preguntas de WHODAS 2.0). En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para?

S1	Estar de pie por largos periodos como por ejemplo 30 minutos	
S2	Ocuparse de responsabilidad domésticas	
S3	Aprender una nueva tarea, por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar	
S4	Participar en actividades de su comunidad (por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona	
S5	Cuánto ha sido afectado emocionalmente por su condición de salud	



▪ Certificado Médico de Discapacidad (continuación)

56 Concentrarse en hacer algo durante diez minutos
57 Caminar una larga distancia como un kilómetro (o equivalente)
58 Lavarse todo el cuerpo (bañarse)
59 Vestirse
510 Relacionarse con personas que no conoce
511 Mantener una amistad
512 Llevar a cabo su trabajo o las actividades escolares diarias

Esta dificultad con la realización de sus actividades se debe: _____

LIMITACIONES EN ACTIVIDAD Y RESTRICCIÓN EN PARTICIPACIÓN (d)
Seleccione las actividades y participación comprometidas. Puede seleccionar más de una.

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN <small>Índice de capítulos de la CIF y sus códigos de referencia</small>	Grado de limitación/restricción
<input type="checkbox"/> Aprendizaje y aplicación del conocimiento (d110-d199)	Datos amplificados
<input type="checkbox"/> Tareas y demandas generales (d210-d299)	
<input type="checkbox"/> Comunicación (d310-d399)	
<input type="checkbox"/> Movilidad (d410-d499)	
<input type="checkbox"/> Autocuidado (d510-d599)	
<input type="checkbox"/> Vida doméstica (d610-d699)	
<input type="checkbox"/> Interacciones y relaciones interpersonales (d710-d799)	
<input type="checkbox"/> Áreas principales de la vida (d810-d899)	
<input type="checkbox"/> Vida comunitaria, social y cívica (d910-d999)	

FACTORES CONTEXTUALES

Grado máximo de estudios: _____ Ocupación actual: _____
Principal medio de transporte: _____ Tipo de vivienda: _____
Servicios intradomiciliarios: Agua potable Drenaje Electricidad Gas

AYUDAS FUNCIONALES
Seleccione las ayudas funcionales utilizadas ACTUALMENTE por la persona. Puede seleccionar más de una.

<input type="checkbox"/> Animales de servicio y asistencia	<input type="checkbox"/> Dálisis/hemodíalisis	<input type="checkbox"/> Prótesis de miembro superior
<input type="checkbox"/> Asistencia por otra persona	<input type="checkbox"/> Equipo de escucha lineal	<input type="checkbox"/> Productos para estomas
<input type="checkbox"/> Ayudas funcionales auditivas	<input type="checkbox"/> Órtesis de columna	<input type="checkbox"/> Productos cateterismo vesical
<input type="checkbox"/> Auxiliar de la marcha/movimiento	<input type="checkbox"/> Prótesis de miembro inferior	<input type="checkbox"/> Tecnologías de información y comunicación (TICs)
<input type="checkbox"/> Ayudas funcionales visuales	<input type="checkbox"/> Órtesis de miembro superior	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas
<input type="checkbox"/> Bastón guía	<input type="checkbox"/> Oxígeno suplementario	<input type="checkbox"/> Tableros de comunicación
<input type="checkbox"/> Cojín/cojchón antiescaras	<input type="checkbox"/> Prótesis de miembro inferior	

Especificar ayudas funcionales no descritas previamente: _____

USO DE MEDICAMENTOS A LARGO PLAZO
Seleccione el grupo de medicamentos NECESARIOS para el funcionamiento de la persona. Puede seleccionar más de una.

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Efecto a nivel gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Efecto a nivel musculoesquelético
<input type="checkbox"/> Analgésicos/antidoloríficos	<input type="checkbox"/> Efecto a nivel metabólico	<input type="checkbox"/> Efecto a nivel sistema nervioso
<input type="checkbox"/> Efecto a nivel cardiovascular	<input type="checkbox"/> Efecto a nivel endocrino	<input type="checkbox"/> Oncológicos
<input type="checkbox"/> Efecto a nivel pulmonar	<input type="checkbox"/> Efecto a nivel genitourinario	<input type="checkbox"/> Psicofármacos

FACILITADORES Y BARRERAS (e)

Principal FACILITADOR identificado: _____ Datos amplificados
Principal BARRERA identificada: _____

Actualmente la persona vive en condición de discapacidad: Sí No

Grupos de funcionamiento comprometidos: No Auditiva Visual Intelectual Psicosocial Neuromotora

Grado de afectación funcional: _____ Causa de la deficiencia: _____

DATOS DE QUIEN EMITE EL CERTIFICADO

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Nombres (s) _____
Cédula profesional: _____ Médico: _____ Firma del médico y sello de la institución pública _____

ESTE CERTIFICADO TIENE UNA VIGENCIA DE _____ A PARTIR DE SU FECHA DE EMISIÓN

La información contenida en este documento es producto de los datos proporcionados por el interesado(a) y su corroboración clínica, con apoyo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Art. 1°), la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley General de Salud (Art. 288), la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y el Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (Art. 28). Carece de validez pericial.



▪ **Certificado Médico de Discapacidad Pediátrico**

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
 Marco conceptual basado en la etiología. Debe incluir código afianzamiento correspondiente a la CIE-10. En caso de presentar más de una afección, el diagnóstico principal corresponderá al causante de mayor limitación y restricción.

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

DEFICIENCIAS EN FUNCIONES CORPORALES (h)
 Corresponden a desviaciones significativas o pérdida de las funciones fisiológicas, incluyendo las psicológicas. Puede seleccionar más de una.

FUNCIONES CORPORALES		Grado de deficiencia: >
Títulos de capítulos de la CIE y sus códigos de referencia		Datos ampliados
Mentales (pensamiento, memoria, juicio, afecto y cognición)	(b110-b199)	
Sensoriales y del dolor	(b210-b299)	
La voz y el habla	(b310-b399)	
Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	(b410-b499)	
Sistema digestivo, metabólico y endocrino	(b510-b599)	
Genitourinarias y reproductoras	(b610-b699)	
Miembros esqueléticos y del movimiento	(b710-b799)	
Piel y estructuras relacionadas	(b810-b899)	

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

ESTRUCTURAS CORPORALES		Grado de deficiencia: >
Títulos de capítulos de la CIE y sus códigos de referencia		Datos ampliados
Sistema nervioso	(s110-s199)	
Ojo, oído y estructuras relacionadas	(s210-s299)	
Involucradas en la voz y el habla	(s310-s399)	
Sistema cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	(s410-s499)	
Sistema digestivo, metabólico y endocrino	(s510-s599)	
Genitourinarias y reproductoras	(s610-s699)	



▪ **Certificado Médico de Discapacidad Pediátrico (continuación)**

Cognición: _____
 Conducta: _____
 Interacción social: _____

Datos ampliados de TRAYECTORIA DEL DESARROLLO

LIMITACIONES EN ACTIVIDAD Y RESTRICCIÓN EN PARTICIPACIÓN (d)
Seleccione las actividades y participación comprometidas. Puede seleccionar más de una.

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN <i>Títulos de capitales de la CIF y sus códigos de referencia</i>	Grado de limitación/restricción
<input type="checkbox"/> Aprendizaje y aplicación del conocimiento (d110-d199)	<input type="checkbox"/> Datos ampliados
<input type="checkbox"/> Tareas y demandas generales (d210-d299)	
<input type="checkbox"/> Comunicación (d310-d399)	
<input type="checkbox"/> Movilidad (d410-d499)	
<input type="checkbox"/> Autocuidado (d510-d599)	
<input type="checkbox"/> Vida doméstica (d610-d699)	
<input type="checkbox"/> Interacciones y relaciones interpersonales (d710-d799)	
<input type="checkbox"/> Áreas principales de la vida (d810-d899)	
<input type="checkbox"/> Vida comunitaria, social y cívica (d910-d999)	

FACTORES CONTEXTUALES

Grado máximo de estudios: _____ Ocupación actual: _____
 Principal medio de transporte: _____ Tipo de vivienda: _____
 Servicios intradomiciliarios: Agua potable Drenaje Electricidad Gas

AYUDAS FUNCIONALES
Seleccione las ayudas funcionales utilizadas ACTUALMENTE por la persona. Puede seleccionar más de una.

<input type="checkbox"/> Animales de servicio y asistencia	<input type="checkbox"/> Diálisis/hemodiálisis	<input type="checkbox"/> Prótesis de miembro superior
<input type="checkbox"/> Asistencia por otra persona	<input type="checkbox"/> Equipos de escritura Braille	<input type="checkbox"/> Productos para estomas
<input type="checkbox"/> Ayudas funcionales auditivas	<input type="checkbox"/> Órtesis de columna	<input type="checkbox"/> Productos cateterismo vesical
<input type="checkbox"/> Auxiliar de la marcha/movimiento	<input type="checkbox"/> Órtesis de miembro inferior	<input type="checkbox"/> Tecnologías de información y comunicación (TICs)
<input type="checkbox"/> Ayudas funcionales visuales	<input type="checkbox"/> Órtesis de miembro superior	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas
<input type="checkbox"/> Bastón guía	<input type="checkbox"/> Oxígeno suplementario	<input type="checkbox"/> Tableros de comunicación
<input type="checkbox"/> Cojín/colchón antiestrés	<input type="checkbox"/> Prótesis de miembro inferior	

Especificar ayudas funcionales no descritas previamente: _____

USO DE MEDICAMENTOS A LARGO PLAZO
Seleccione el grupo de medicamentos NECESARIOS para el funcionamiento de la persona. Puede seleccionar más de uno.

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Efecto a nivel gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Efecto a nivel musculoesquelético
<input type="checkbox"/> Analgésicos/antiinflamatorios	<input type="checkbox"/> Efecto a nivel metabólico	<input type="checkbox"/> Efecto a nivel sistema nervioso
<input type="checkbox"/> Efecto a nivel cardiovascular	<input type="checkbox"/> Efecto a nivel endocrino	<input type="checkbox"/> Oncológicos
<input type="checkbox"/> Efecto a nivel pulmonar	<input type="checkbox"/> Efecto a nivel genitourinario	<input type="checkbox"/> Psicofármacos

FACILITADORES Y BARRERAS (e)

Principal FACILITADOR identificado: _____ *Datos ampliados*
 Principal BARRERA identificada: _____

Actualmente la persona vive en condición de discapacidad: _____
 Otras áreas del funcionamiento comprometidas: No Auditiva Visual Intelectual Psicosocial Neuromotora
 Grado de afectación funcional: _____ *Causa de la deficiencia:* _____



▪ 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	

SIN VALIDAR OFICIAL





▪ **Historial Clínico**

 			
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD			
HISTORIA CLÍNICA			
ANTICEDENTES:		SEXO	
INTERROGATORIO	DIRECTO	INDIRECTO	
HEREDITARIOS Y FAMILIARES			
PERSONALES NO PATOLÓGICOS			
PERSONALES PATOLÓGICOS			
DIAGNÓSTICOS PREVIOS			
EXPLORACIÓN FÍSICA			
PESO	ESTATURA	PULSO	TENSIÓN ARTERIAL
			TEMPERATURA
			RESPIRACIÓN
INSPECCIÓN GENERAL MARCHEA			
ACTURA			

PACIENTE Y FAMILIA
APARATOS Y SISTEMAS
EXÁMENES PREVIOS
TECNICIDAD DE PLANEAJE
TOQUE Y ABDOMEN
MIEMBROS SUPERIORES
MIEMBROS INFERIORES
ABXIA

SIN VALIDEZ OFICIAL



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
<p>Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa</p>	<p>M.C. Lilliana Benítez Zamora</p>	<p>C. María Teresa Bautista Cebada</p>
<p>Titular de la Jefatura del Departamento de Rehabilitación para las Personas con Discapacidad</p>	<p>Titular de la Dirección de Salud</p>	<p>Titular de la Dirección General</p>



UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CLASES DE MOVILIDAD, BRAILE Y LENGUA DE SEÑAS MEXICANAS
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2024/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 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 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 con 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.



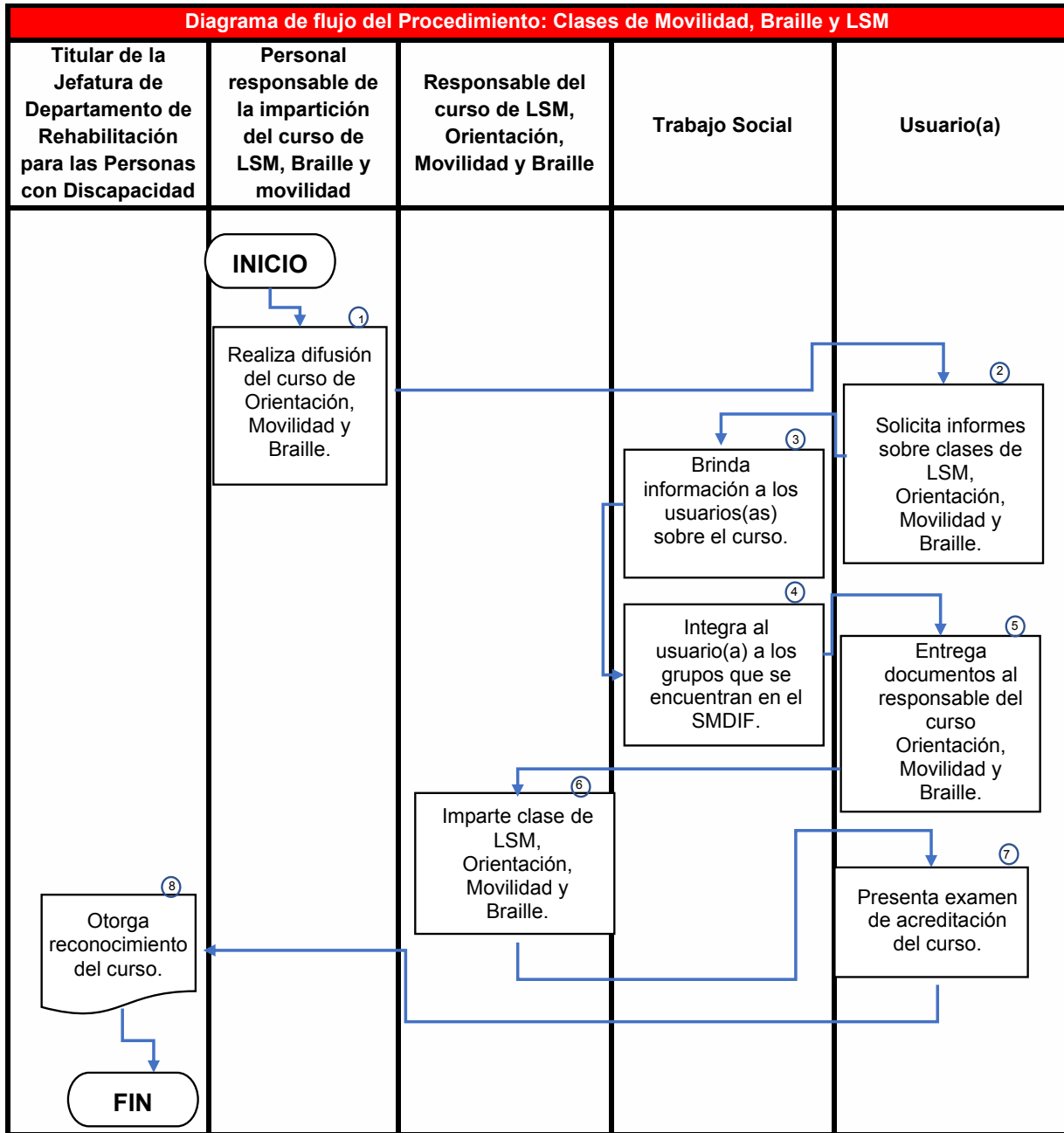


➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

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 Tlalnepantla 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 BENEFICIARIO	DÍA	HORARIO	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

SIN VALIDEZ
OFICIAL

OBSERVACIONES: _____

FIRMA Y SELLO DE LA UNIDAD

SEXO: Masculino o Femenino
DÍA: (DD/MM/AAAA)



> VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
<p>Lic. Esmeralda Itzel Delgado Landa</p>	<p>M.C. Liliana Benítez Zamora</p>	<p>C. María Teresa Bautista Cebada</p>
<p>Titular de la Jefatura del Departamento de Rehabilitación para las Personas con Discapacidad</p>	<p>Titular de la Dirección de Salud</p>	<p>Titular de la Dirección General</p>



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 PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2024/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.
- ◆ 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:

- ◆ 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 Tlalnepantla 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 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; así como 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 de la persona usuaria, con la finalidad de canalizarla a la empresa con carta de presentación y agradecimiento.

Entrevistar e iniciar el expediente de la persona usuaria que solicita ingresar al programa y canalizarla 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 a la persona usuaria 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 de la persona usuaria para el empleo.

Persona usuaria, deberá:

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

➤ **GLOSARIO:**

- **Canalización:** Dirigir a las personas usuarias 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 a la persona usuaria 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 o valoración 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.
- **Valoración o perfil laboral:** Resumen de las capacidades, competencias y experiencia, enfocados puntualmente al ámbito laboral.
- **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 Tlalnepantla 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 gestión para la contratación de las personas con discapacidad en instancias del sector público, privado y/o social.



➤ **POLÍTICAS:**

- La vinculación laboral será totalmente gratuita.
- Las ofertas laborales van dirigidas exclusivamente a personas con discapacidad.
- La vinculación laboral se lleva a cabo en conjunto con el SMDIF y las empresas que brindan oportunidades laborales para personas con discapacidad, mediante un contrato de trabajo, con todas las garantías que la ley brinda, con la intención de lograr la inclusión laboral.
- 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.
- Horario de atención: lunes a viernes de 8:00 a 18:00 horas.
- Para que se brinde el servicio, la persona usuaria requiere presentar la siguiente documentación de identidad completa para iniciar el proceso de vinculación laboral:
 - ✓ Copia de la Clave única de Registro de Población (CURP);
 - ✓ Original y copia del acta de nacimiento de la persona usuaria;
 - ✓ Original y copia identificación oficial de la persona usuaria (del municipio o de otros municipios);
 - ✓ Copia de identificación oficial (del municipio o de otros municipios). Del padre, madre o tutor. (para el caso de que la edad cronológica de la persona usuaria no corresponda a la edad mental).
 - ✓ Copia Comprobante de domicilio (del municipio o de otros municipios).;
 - ✓ Original y copia de certificado médico de discapacidad o evaluación psicológica anteriores de la persona usuaria; y
 - ✓ 4 fotografías tamaño infantil a color o blanco y negro.
- La persona usuaria 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 a la persona usuaria 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 de la persona usuaria y de la empresa dar seguimiento al desempeño de este.
- 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.
- La persona usuaria 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.





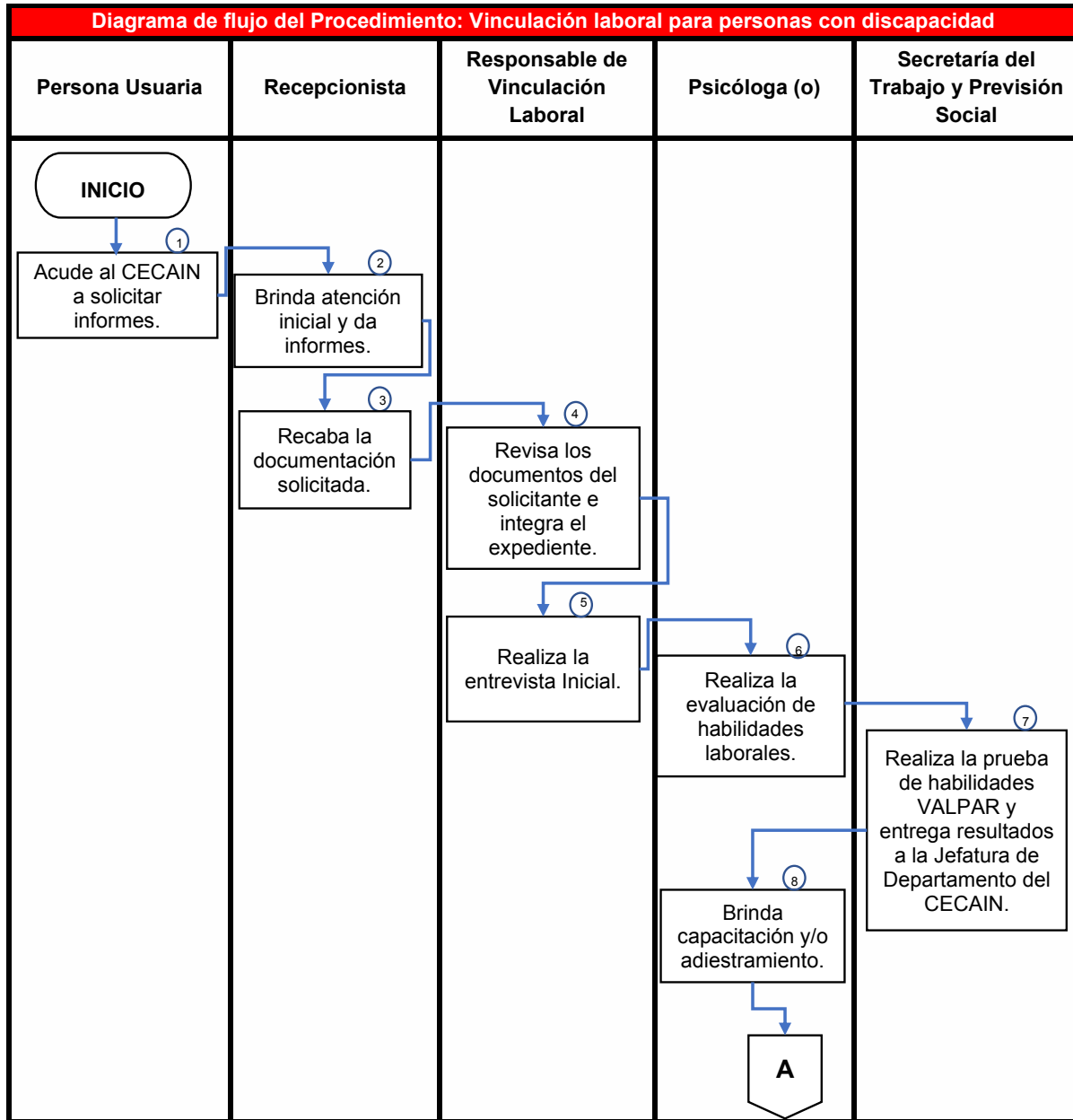
- La persona usuaria puede solicitar el resultado de su prueba VALPAR, si así lo desea.
- Las ofertas laborales están sujetas a las vacantes disponibles de cada empresa.

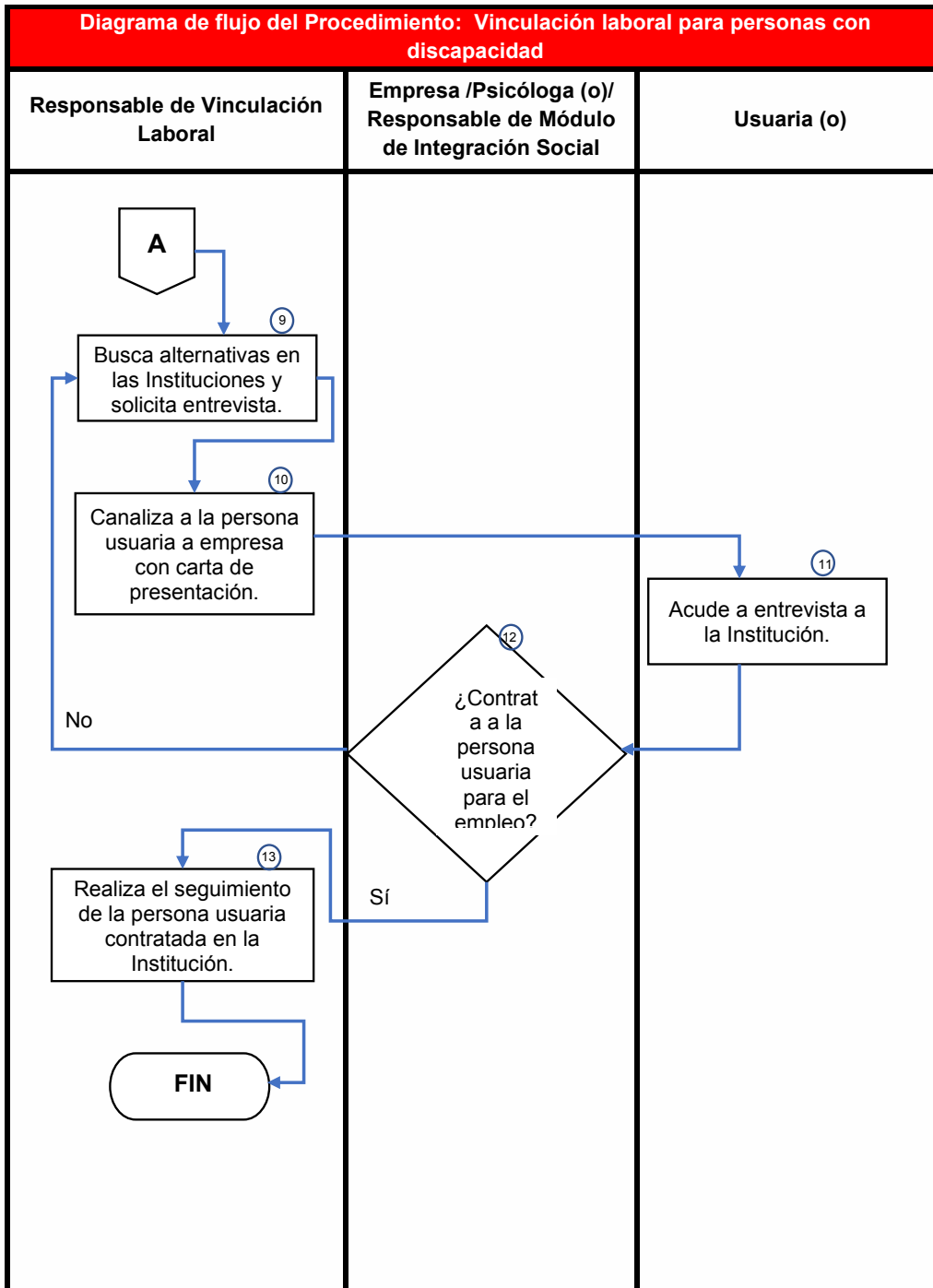
➤ **DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES**

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	Actividad	
	No.	Descripción
INICIO		
Persona usuaria	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, fotografías, 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.
Psicóloga (o)	6	Realiza evaluación de habilidades laborales.
STPS	7	Realiza la prueba de habilidades VALPAR y entrega resultados a la Jefatura de Departamento del CECAIN.
Psicóloga (o)	8	Con los resultados obtenidos se determina si la persona con discapacidad es 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 a la persona usuaria a la Institución con carta de presentación.
Persona usuaria	11	Acude a entrevista a la institución.
Empresa /Psicóloga (o) responsable de Módulo de Integración Social	12	Decide si contrata a la persona usuaria para el empleo.
Responsable de Vinculación Laboral para PcD	13	Realiza el seguimiento de la persona usuaria contratada 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?

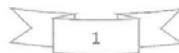
EDAD: TELEFONO:

CURP: LUGAR DE NACIMIENTO:

AREA DE REFERENCIA: ESTADO CIVIL:

DIRECCION:

LBH





Formato de Entrevista (continuación)



CENTRO DE CAPACITACIÓN E INCLUSIÓN LABORAL
PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

REFERENCIA (CROQUIS)

CAPACITACION	CURSOS / TALLER	INTEGRACION LABORAL	OTROS

ESCOLARIDAD (COMPROBABLE):

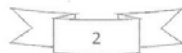
SITUACIÓN CLÍNICA / CAUSA DE DISCAPACIDAD:

EVOLUCIÓN:

BÁSICAS (MOVIMIENTOS FUNCIONALES):

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

LBH





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

Elaboro	Revisó	Aprobó
		
<p>Lic. Alejandra Gisela Cornelio Delgado</p>	<p>M.C. Liliana Zamora Benítez</p>	<p>C. Ma. Teresa Bautista Cebada</p>
<p>Titular de la Jefatura de Departamento del Centro de Capacitación e Inclusión Laboral para Personas con Discapacidad</p>	<p>Titular de la Dirección de Salud</p>	<p>Titular de la Dirección General</p>



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 PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2024/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 las capacitadoras (es) e instructoras (es) 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 Tlalneantla 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 las instructoras (es) y capacitadoras (es), 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 las instructoras (es) y capacitadoras (es), 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 las personas usuarias 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.

Instructoras (os) y/o Capacitadoras (es), 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.

Persona usuaria, deberá:

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

➤ **GLOSARIO**

- **Canalización:** Dirigir a las personas usuarias 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 a la persona usuaria 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.
- **Persona usuaria:** 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 Tlalnepantla de Baz.
- **STyPS:** Secretaría del Trabajo y Previsión Social.



➤ INSUMOS

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

➤ RESULTADOS

Brindar cursos y talleres a personas con discapacidad para auto emplearse o para el ámbito laboral.

➤ POLÍTICAS

- Servicio otorgado principalmente a cuidadores de personas con discapacidad, con la finalidad de lograr autoempleo y apoyar de manera educativa a la población con discapacidad y sus familias.
- **Las capacitadoras (es) o instructoras (es), deberá presentar la siguiente documentación:**
 - ✓ Copia de la Clave Única de Registro de Población (CURP);
 - ✓ Original y Copia del acta de nacimiento;
 - ✓ Original y copia de la Identificación Oficial (INE);
 - ✓ 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, la persona deberá presentar:**
 - ✓ Original y copia de la Clave Única de Registro de Población (CURP);
 - ✓ Original y Copia del acta de nacimiento;
 - ✓ Original y copia de la Identificación Oficial (INE);
 - ✓ Copia del comprobante domicilio (del municipio o de otros municipios);
 - ✓ Certificado médico de discapacidad;
 - ✓ Fotografía tamaño infantil a color o blanco y negro, y
 - ✓ Pago de cuota.
- 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 de las personas usuarias y a las capacitadoras (es) e instructoras (es), que se cuente en el momento de las solicitudes o demanda.
- Los cursos y talleres se brindarán de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas





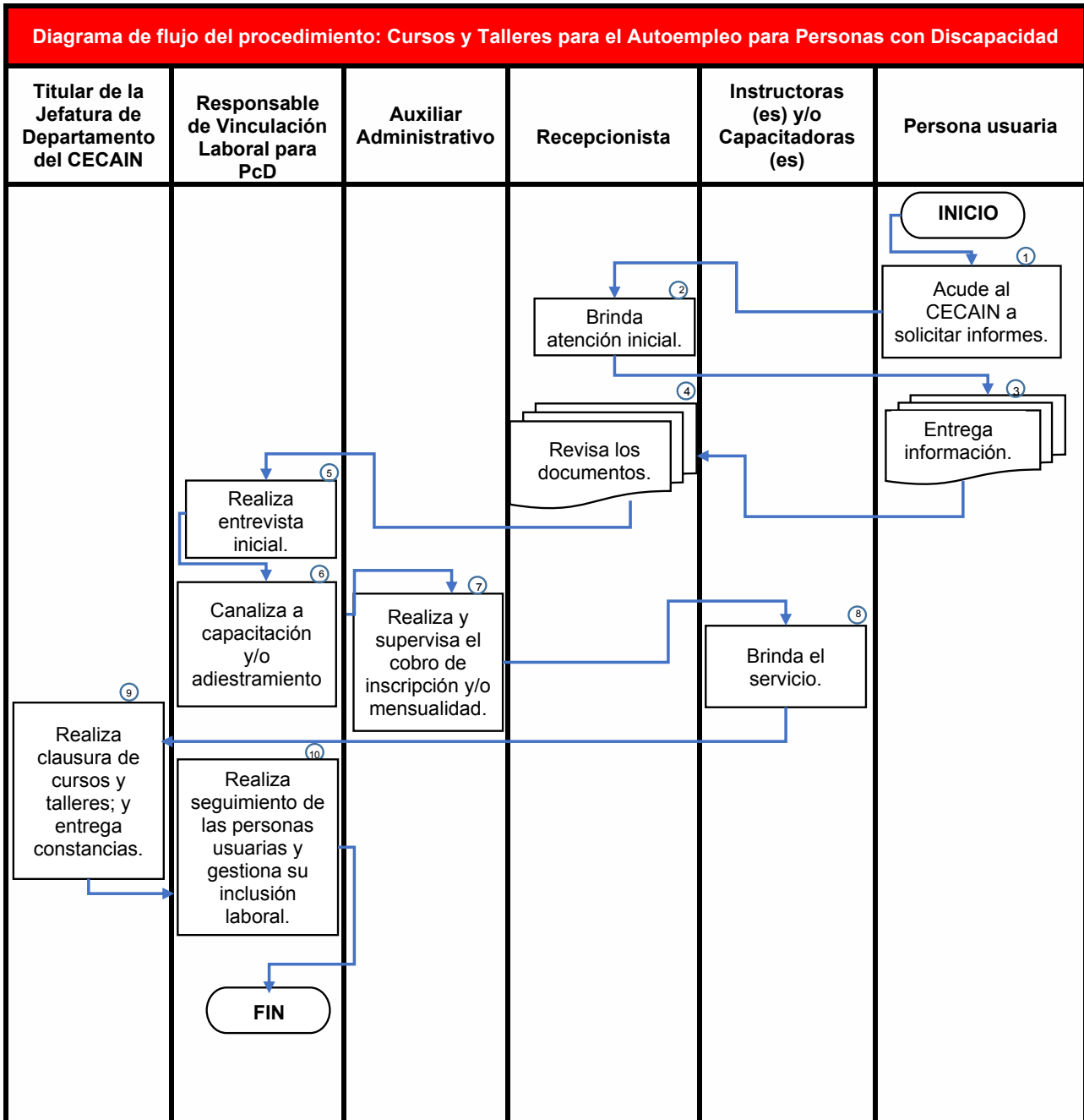
- El costo de inscripción es aplicado de conformidad al “Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF”, vigente.
- La persona interesada con discapacidad o su cuidador deberá ser mayor de 18 años.
- En caso, que el solicitante requiera de asistencia el cuidador podrá estar presente durante su estancia en el Centro.
- En caso, que la persona con discapacidad tenga impedimento total para tomar el curso, se podrá capacitar al familiar responsable.
- Se tendrá que contar con el 80% de la asistencia del curso, para obtener la constancia de término.
- Se prioriza a los residentes del Municipio de Tlalnepantla de Baz; sin embargo, se podrá atender a personas que radiquen en otro municipio o alcaldía, siempre y cuando se libere el espacio de espera.
- 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		
Persona usuaria	1	Acude a CECAIN a solicitar informes.
Recepcionista	2	Brinda atención inicial y da informes.
Persona usuaria	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.
Instructoras (es) y/o Capacitadoras (es)	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 las personas usuarias y gestiona su inclusión laboral o autoempleo.
FIN		



➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**





▪ **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



▪ **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 Ixtuapee C.P. 54180 Tlalnepantla de Baz.





▪ Recibo de Pago

DIF Tlaxcalapa **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

USUARIO

Recibe

Mes Día Año




DIF \$

ESPECIALISTA \$

TOTAL \$

SIN VALIDEZ OFICIAL

➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Lic. Alejandra Gisela Cornelio Delgado	M.C. Liliana Zamora Benítez	C. Ma. Teresa Bautista Cebada
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	CONSULTA Y VALORACIÓN PSICOLÓGICA PARA LA INCLUSIÓN LABORAL O EDUCATIVA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2024/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 de edad, 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 con sus necesidades y habilidades.

Así mismo se busca identificar las habilidades y capacidades de las personas con discapacidad, para gestionar la inclusión laboral formal o informal.

➤ 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 las personas usuarias 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 Tlalnepantla 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, así como evaluar el perfil laboral de las personas con discapacidad y canalizar a la persona usuaria con el responsable de vinculación laboral para la acción pertinente y/o para iniciar la gestión a la inclusión laboral.

Atender todos los casos de evaluación para integración educativa o laboral que, sean remitidos a los Módulos de Integración Social, para este fin; realizar un historial clínico de los candidatas (os) 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 las personas usuarias atendidas; 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 y Empresas para una mejor inclusión de las personas con discapacidad 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 estos, 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 o valoraciones 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.
- **Valoración o perfil laboral:** Resumen de las capacidades, competencias y experiencia, enfocados puntualmente al ámbito laboral.
- **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).
- **Personas usuarias:** 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 las personas usuarias atendidas.
- Expedientes de personas usuarias.
- Papelería.

➤ RESULTADOS

- Determinar el tipo de educación y alternativas de apoyo que requieren para mejorar el desempeño educativo de las personas usuarias.
- Elaborar una valoración o perfil laboral para iniciar el proceso de inclusión laboral y este sea acorde al perfil de cada persona.

➤ POLÍTICAS

- Se brindará consulta y valoración psicológica, a través de la aplicación de pruebas a niñas, niños, adolescentes y/o adultos, con la finalidad de hacer efectiva la vinculación laboral o educativa.
- 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.
- Todas las evaluaciones o perfiles laborales deberán ser solicitadas por la persona física.

Requisitos de la Institución Educativa, para solicitar el servicio:

Carta de solicitud de la institución, dirigida al Centro de Capacitación e Inclusión Laboral para Personas con Discapacidad (CECAIN), el cual deberá contener los siguientes datos:

- ✓ Estar en hoja membretada.
- ✓ Nombre de la institución.
- ✓ Cargo, nombre y firma de la persona que remite la carta de solicitud.
- ✓ Número telefónico de contacto de la institución o de la persona que remite la carta de solicitud.
- ✓ Nombre y edad de la persona que refiere.

Para que se brinde el servicio, la persona física tendrá que presentar la siguiente documentación de identidad completa para iniciar el proceso de vinculación laboral:

- ✓ Copia de la Clave Única de Registro de Población (CURP);





- ✓ Original y copia del acta de nacimiento;
 - ✓ Original y copia Identificación oficial (del municipio o de otros municipios), del padre o tutor en caso de ser menor de edad;
 - ✓ Copia del comprobante domicilio (del municipio o de otros municipios);
 - ✓ Original y copia del certificado médico de discapacidad o evaluaciones psicológicas anteriores.
 - ✓ 2 fotografías tamaño infantil a color o blanco y negro.
- La persona usuaria 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 por 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.



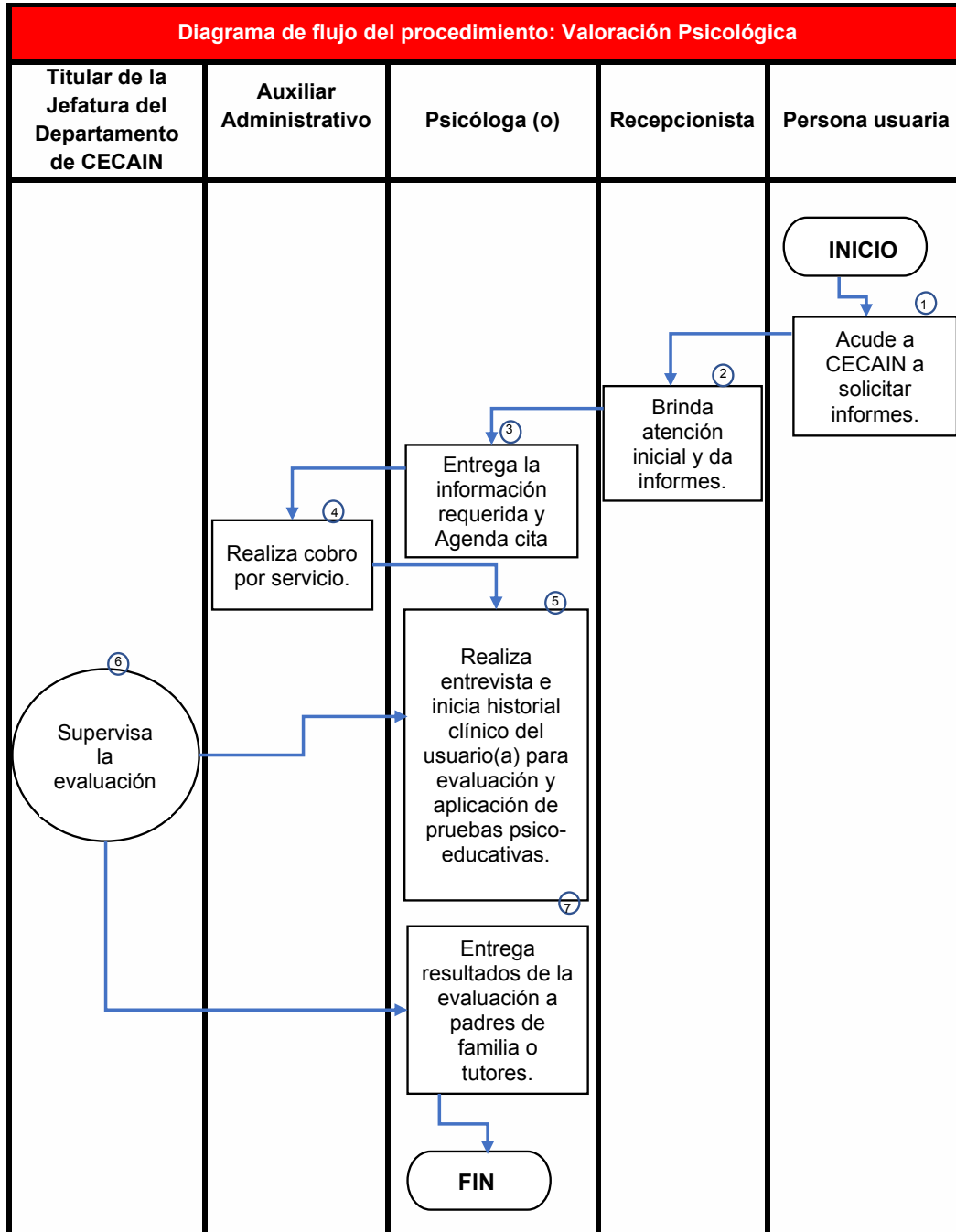


➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	Actividad	
	No.	Descripción
INICIO		
Persona usuaria	1	Acude al CECAIN a solicitar informes.
Recepcionista	2	Brinda atención inicial y da informes.
Psicóloga (o)	3	Entrega la documentación requerida y agenda cita para evaluación.
Auxiliar Administrativo	4	Realiza cobro por servicio.
Psicóloga (o)	5	Realiza la entrevista e inicia historial clínico de la persona para las evaluaciones, perfiles laborales y/o aplicación de pruebas psico educativas
Titular de la Jefatura de Departamento del CECAIN	6	Supervisa el reporte de la evaluación.
Psicóloga (o)	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? ¿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? _____ ¿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 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 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 TV? 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



Tlalnepantla 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.

GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



S. E. I. E. M.
DIRECC. DE EDUC. SECUNDARIA
Y SERVICIO DE APOYO
DEPTO DE EDUC. TELESECUNDARIA
DEL VALLE DE MÉXICO
ESC. TELESECUNDARIA
"SOR JUANA INÉS DE LA CRUZ"
TEOTIHUACÁN

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

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 Cornello Delgado	M.C. Lilliana Zamora Benítez	C. Ma. Teresa Bautista Cebada
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



3.3. 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/2024/MP/DS/DSP/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.





Médicos Generales o de Especialidades, 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.

Enfermera (o), 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.

Encargada (o) 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.

Encargada (o) 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.

Encargada (o) 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 Tlalnepantla de Baz.

➤ INSUMOS

- Recetas médicas.
- Consultorio médico equipado.
- Estetoscopio.
- Baumanómetro.
- Estuche de diagnóstico.

➤ RESULTADOS

Brindar consultas médicas generales y de especialidad de calidad, para toda la población del municipio de Tlalnepantla de Baz, dirigidas a la prevención y el tratamiento oportuno de las diferentes enfermedades 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 Tlalnepantla 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:
 1. Pediatría.así como otras ramas de la salud que incluyen:
 2. Audiometría
 3. Nutrición.
 4. Optometría.
 5. Podología
 6. Quiropraxia.
 7. Fisioterapia
- 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, para anexarlo a su expediente clínico.
- 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.
Encargada (o) de Recepción	2	Recibe a la persona usuaria y toma datos para control.
Encargada (o) de Recepción	3	Canaliza al módulo de fichas.
Encargada (o) de Fichas	4	Si se trata de una consulta médica subsecuente, entrega a la persona usuaria la ficha.
Encargada (o) de Fichas	5	Determina si la consulta está exenta de pago o si la cuota de recuperación debe ser cubierta.
Encargada (o) 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.
Encargada (o) 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.
Enfermera (o)	8	Llama a la persona usuaria de acuerdo con el número de ficha y realiza somatometría.
Enfermera (o)	9	Toma signos vitales de la persona usuaria y lo registra en expediente clínico.
Médicos Generales o de Especialidades	10	Interroga y examina a la persona usuaria.
Médicos Generales o de Especialidades	11	Si es primera vez elabora hoja de historia clínica y realiza exploración física completa y continúa con el paso nueve de este procedimiento.
Médicos Generales o de Especialidades	12	Si no es primera vez que acude a la consulta, elabora nota de evolución.
Médicos Generales o de Especialidades	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**

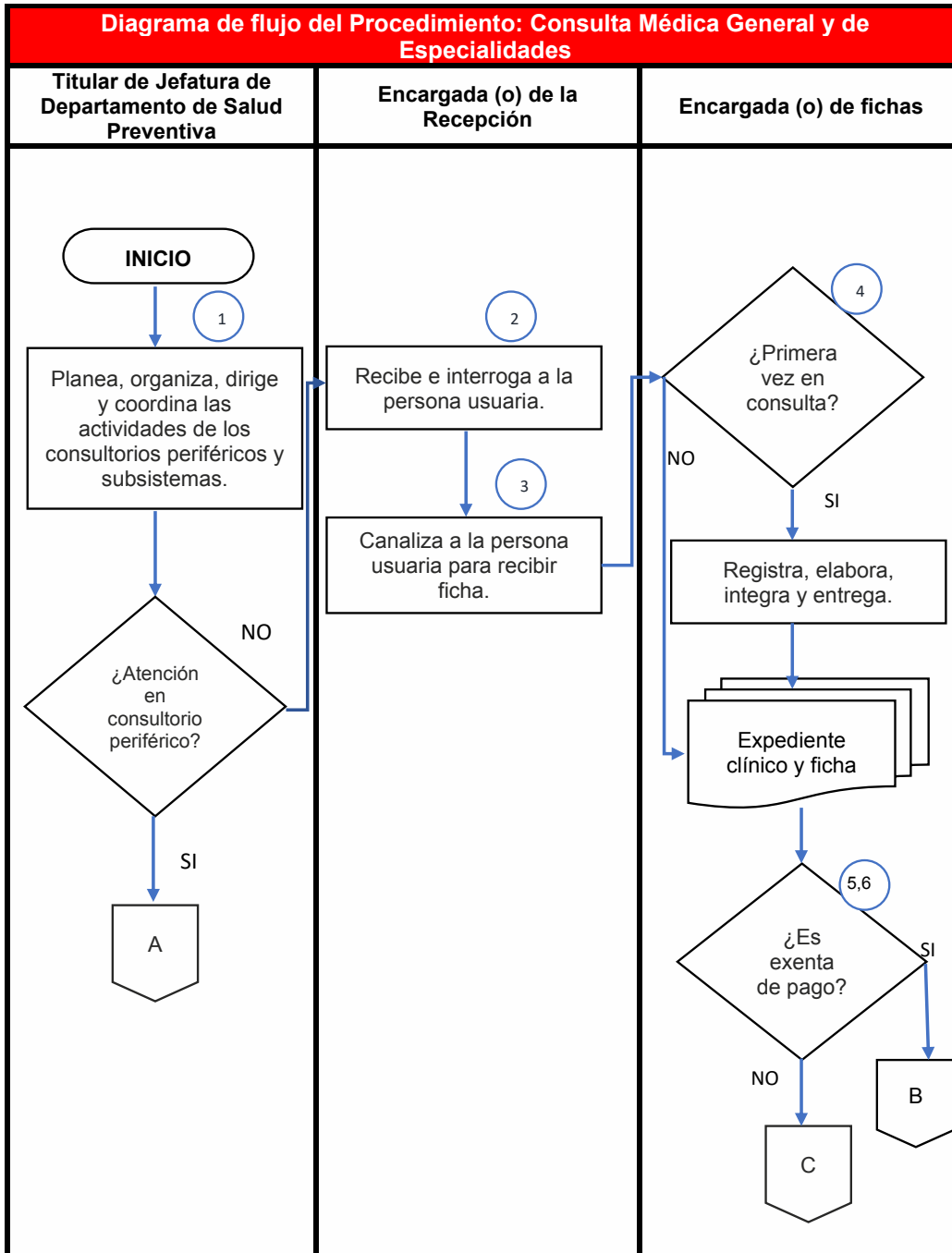
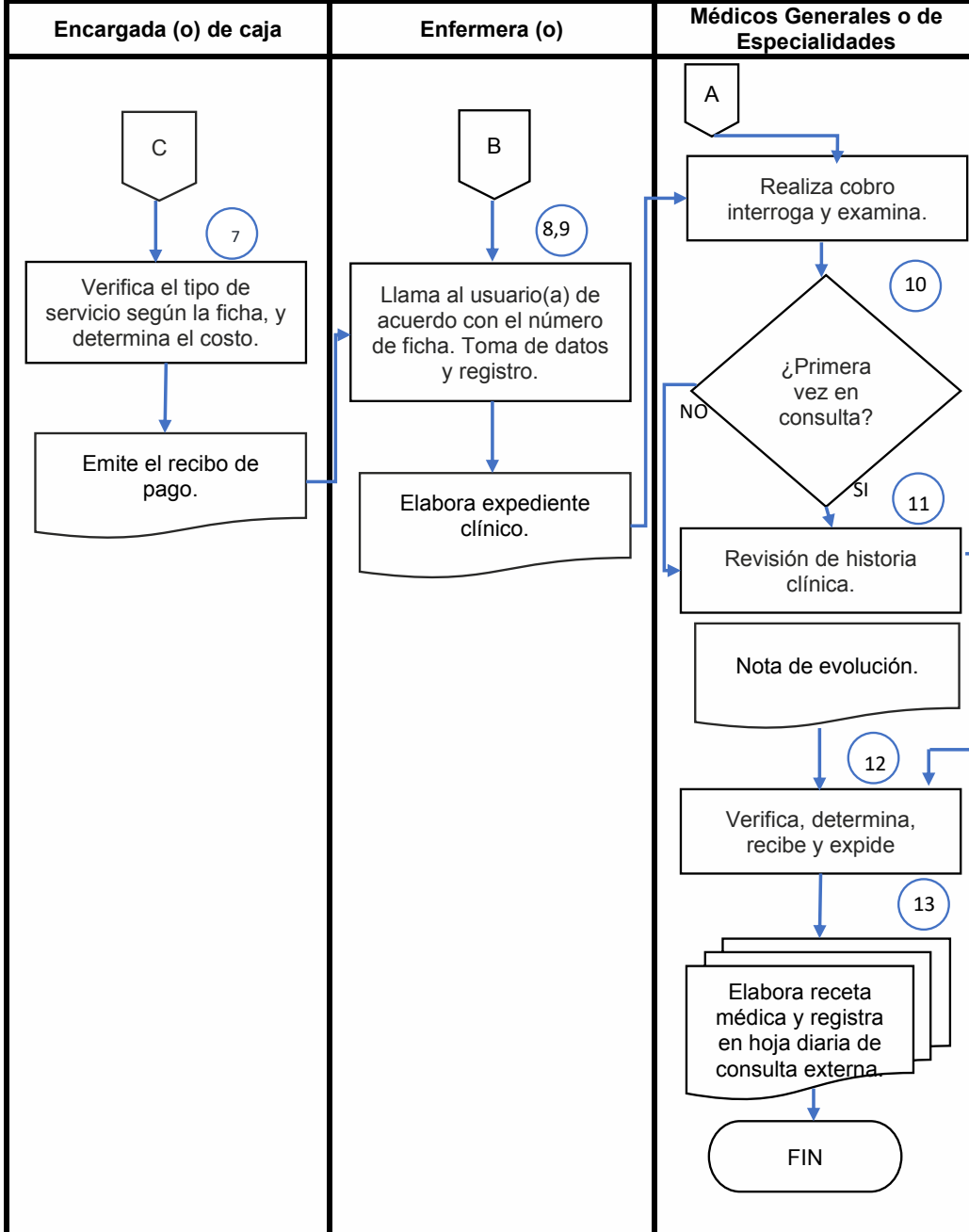




Diagrama de flujo del Procedimiento: Consulta Médica General y de Especialidad





➤ **FORMATOS**

▪ **Receta Médica**

 H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024

RECETA MÉDICA

 **Tlalnepantla**
Nuevo Gobierno. Nuevo Horos

NOMBRE:		EDAD:	SEXO:	FOLIO: No. 20501		
PESO:	TALLA:	F.C.	F.R.	TEMPERATURA:	TA:	ALERGIAS:

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:	G:	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





➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
M.C. Pablo Andrés Castillo Ruano	M.C. Liliana Zamora Benítez	Lic. María Teresa Bautista Cebada
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/2024/MP/DS/DSP/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.

Médicos Generales, 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.





Enfermera (o), 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.

Encargada (o) 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.

Encargada (o) 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.

Encargada (o) 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 interno o externo.
- Consultorio médico equipado.
- Estetoscopio.
- Baumanómetro.
- Estuche de diagnóstico.

➤ 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 de las personas usuarias 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.
- Para el Certificado Médico con formato externo, deberá acudir con el documento de manera impresa.
- Para el servicio de Certificado Médico a grupos, deberán acudir el número total de personas que requieran dicho servicio para agilizar el servicio.
- 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.



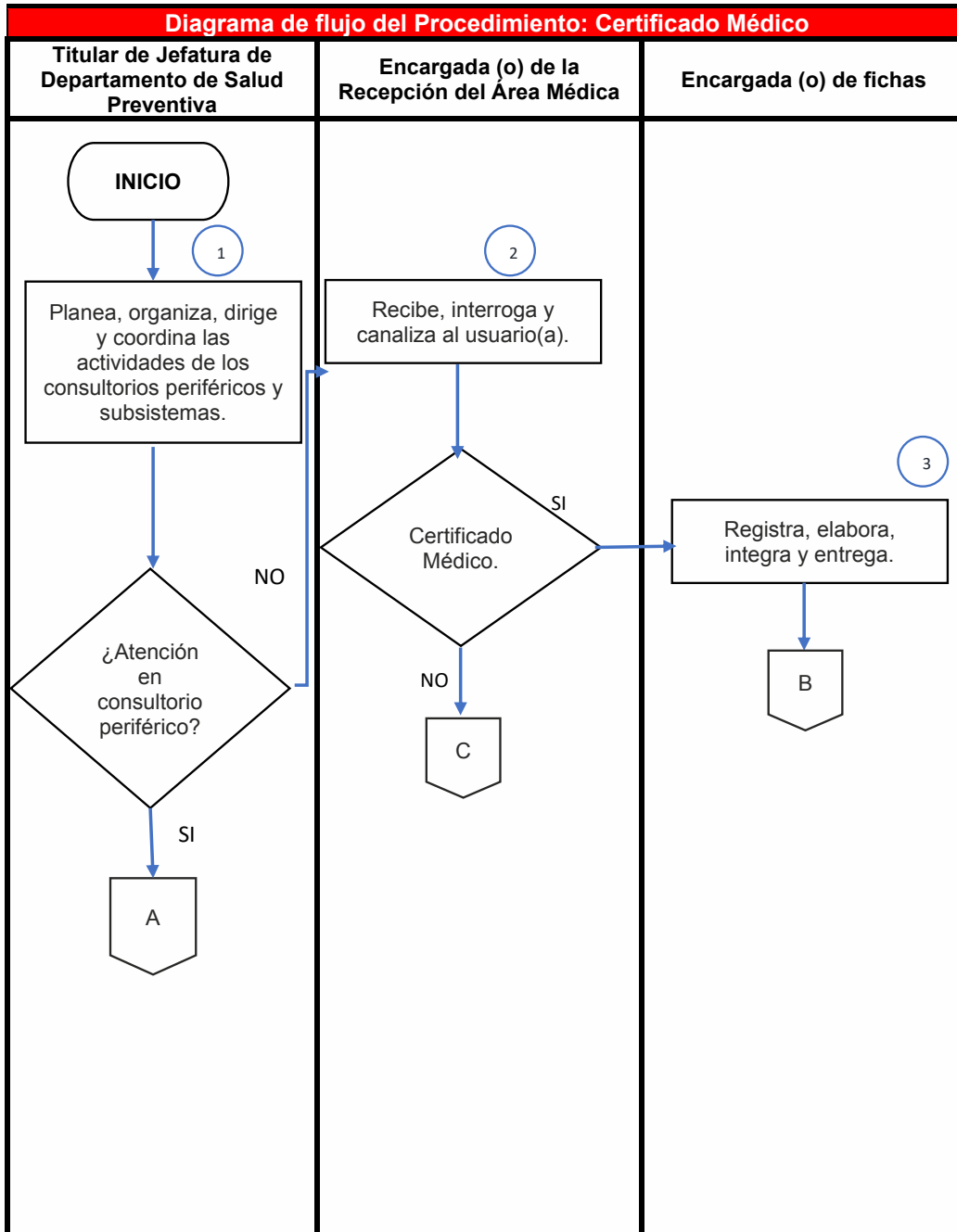


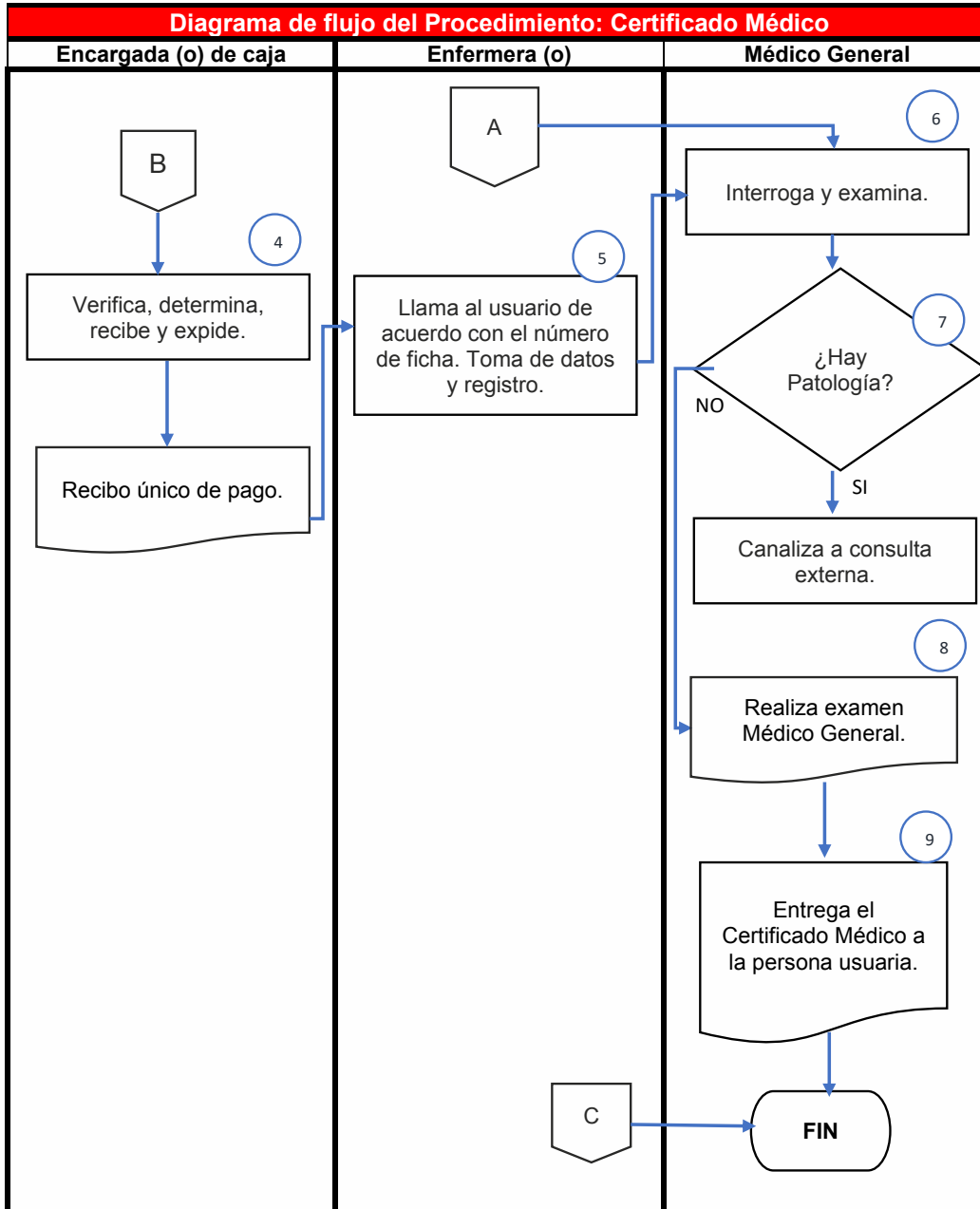
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

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.
Encargada (o) 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.
Encargada (o) de Fichas	3	Entrega la ficha a la persona usuaria y le indica que se dirija a la caja.
Encargada (o) de Caja	4	Recibe el pago y expide el Recibo Único de Pago.
Enfermera (o)	5	Pesa y mide a la persona usuaria.
Médico General	6	Examina a la persona usuaria y determina si presenta alguna patología.
Médico General	7	Si la persona usuaria presenta patología, lo canaliza a consulta externa.
Médico General	8	Si el paciente no presenta patología, realiza el examen médico y elabora el <i>Certificado Médico</i> .
Médico General	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. Pablo Andrés Castillo Ruano	M.C. Liliana Zamora Benítez	Lic. María Teresa Bautista Cebada
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	SERVICIOS MÉDICOS
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2024/MP/DS/DSP/003

ÍNDICE

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



➤ OBJETIVO

Otorgar los servicios médicos, tales como: retiro de implante subdérmico, toma de biopsia, colposcopia, retiro de DIU traslocado 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 los servicios médicos.

➤ 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 a los servicios médicos del SMDIF de Tlalnepantla de Baz, que incluyen:

1. Toma de biopsia.
2. Retiro de DIU traslocado.
3. Retiro de implante subdérmico.
4. Lavado de oídos.
5. Colposcopia.





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

Médicos Generales y de Especialidades, deberá:

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

Enfermera (o), 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.

Encargada (o) de Recepción del área médica deberá:

Ser el primer contacto con la persona usuaria que ingresa a los servicios médicos 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.

Encargada (o) 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**

- **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, con el objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.



➤ ACRÓNIMOS

- **DIU:** 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.

➤ RESULTADOS

Brindar servicios médicos tales como: Retiro de implante subdérmico, retiro de DIU traslocado, lavado de oídos, toma de biopsia y colposcopia, para la población 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 médicos brindado por el SMDIF de Tlalnepantla de Baz.
- Se proporcionará los servicios médicos de lunes a viernes en un horario de 08:00 a 14:00 horas, en los consultorios periféricos y Subsistemas del SMDIF de Tlalnepantla de Baz.
- Los servicios médicos tendrán 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 registro para su expediente clínico.
- 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.



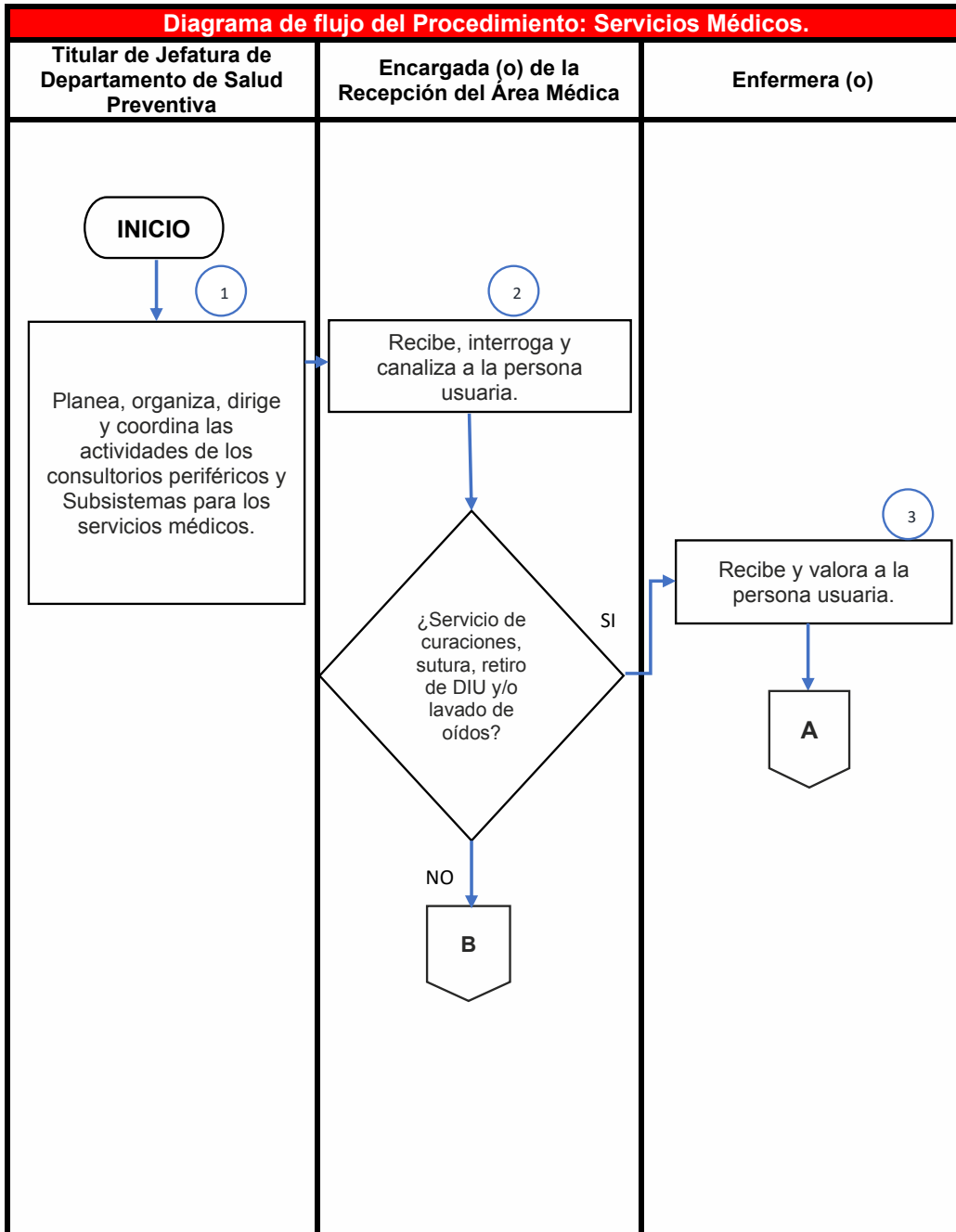


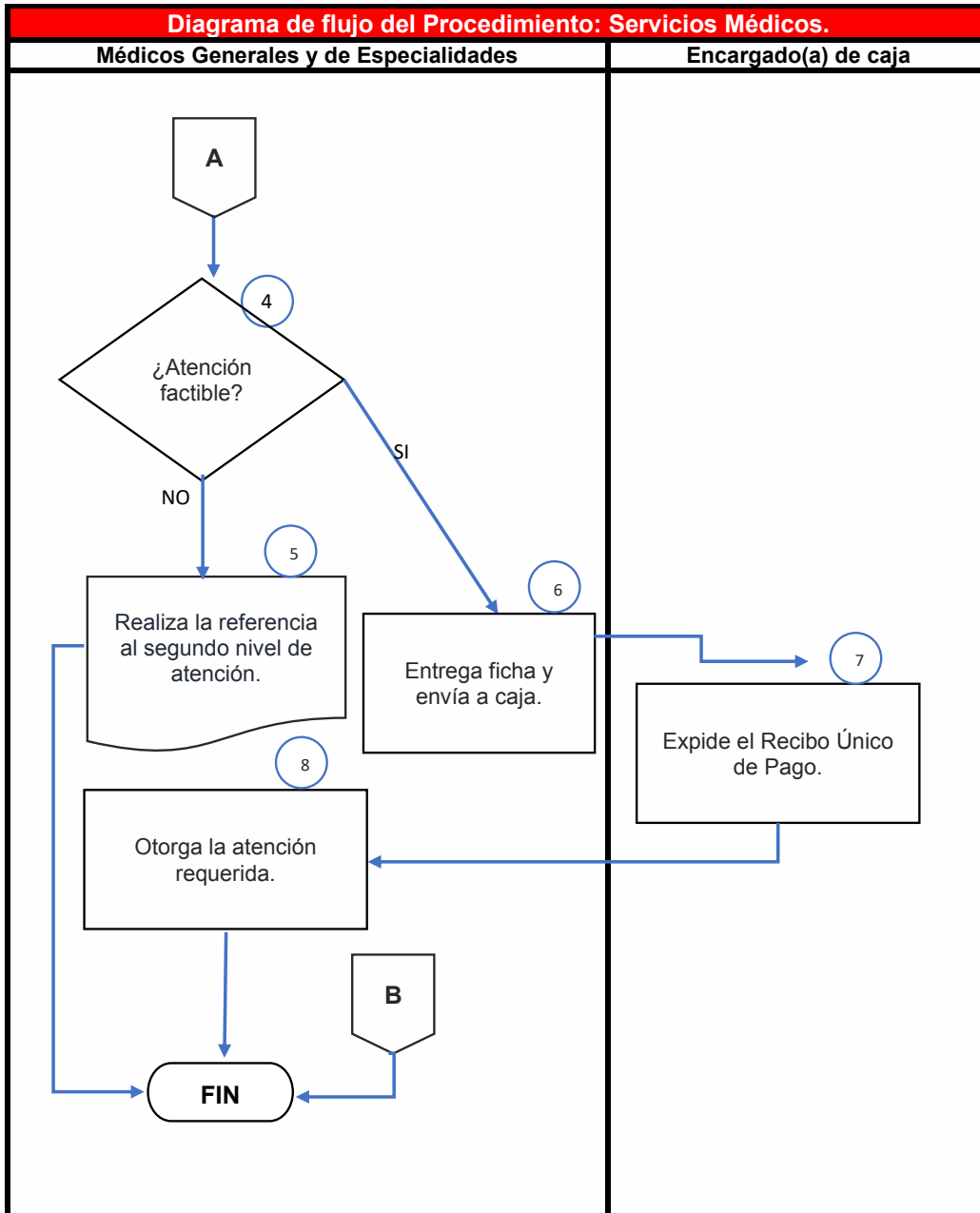
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

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 los servicios médicos.
Encargada (o) de Recepción del Área Médica	2	Pregunta a la persona usuaria cuál es el servicio que requiere (Retiro de implante subdérmico, retiro de DIU traslocado, lavado de oídos, toma de biopsia y colposcopia) y lo envía al área médica correspondiente.
Enfermera (o)	3	Recibe y valora a la persona usuaria.
Médicos Generales y de Especialidades	4	Determina si la atención médica es factible en la Unidad o si debe ser referido a segundo nivel.
Médicos Generales y de Especialidades	5	Si no es factible la atención en la unidad envía a segundo nivel. (Se conecta con el sistema de referencia y contra referencia).
Médicos Generales y de Especialidades	6	Si es factible la atención en la unidad entrega ficha y envía a caja.
Encargada (o) de Caja	7	El cajero solicita a la persona usuaria realizar el pago, expide y entrega el Recibo Único de Pago.
Médicos Generales y de Especialidades	8	Otorga la atención requerida.
FIN		



➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**









➤ **FORMATOS**

- **Receta Médica**



H. AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL
DE TLALNEPANTLA DE BAZ
2022-2024

RECETA MÉDICA



Tlalnepantla
Municipio Gobierno Nuevo México

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

Impresión diagnóstica: _____ Fecha: ____/____/____



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



Formato de Referencia y Contra Referencia



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.	P.R.	TEMP.	PESO.	TALLA.
Diagnóstico	 					
Indicaciones						
Observaciones						

Tlalnepantla de Baz a _____ de _____ de 20 _____

Médico (a) _____ Ced. Prof.: _____

DIF Central Santa Mónica: Av. Conv. Santa Mónica s/n esq. Conv. San Fernando, Fracc. Jardines de Santa Mónica, Tlalnepantla de Baz, Edo. De México. Tel: 53989152, 53811215, 53825841



▪ **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:
	Fecha: egreso	hora:
Servicio que atendió:	Fecha: consulta subsecuente	hora:
Nota médica		
Diagnóstico:		
Indicaciones:		
Pronóstico:		

Nivel de atención: _____

Médico (a) _____ Ced. Prof: _____

Nombre y firma



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
M.C. Pablo Andrés Castillo Ruano	M.C. Liliana Zamora Benítez	Lic. María Teresa Bautista Cebada
Titular de la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General





3.4. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA

UNIDAD ADMINISTRATIVA	DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SERVICIOS ODONTOLÓGICOS
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2024/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 estas, 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.
- ♦ 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:

- ♦ 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.





➤ 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 (os) 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.

Cajera (o), deberá:

Registrar los datos en el recibo de pago y cobrar la consulta de acuerdo con el costo conforme al "Catálogo de Cuotas de los Servicios brindados en el SMDIF" vigente.





Usuaría (o) / 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, Tlalnepanitla 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 Tlalnepanitla 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.
- **Usuaría (o) / 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 con 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.





- El servicio de ortodoncia se brinda únicamente en los consultorios odontológicos del “DIF Central”, Subsistema “Cristina Pacheco” y Subsistema el Tenayo, en un horario de 08:00 a 14:00 horas.
- Para brindar el servicio, el personal de la Jefatura de Departamento de Odontología solicitará los siguientes datos de la persona usuaria: nombre, edad y sexo.
- 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”.



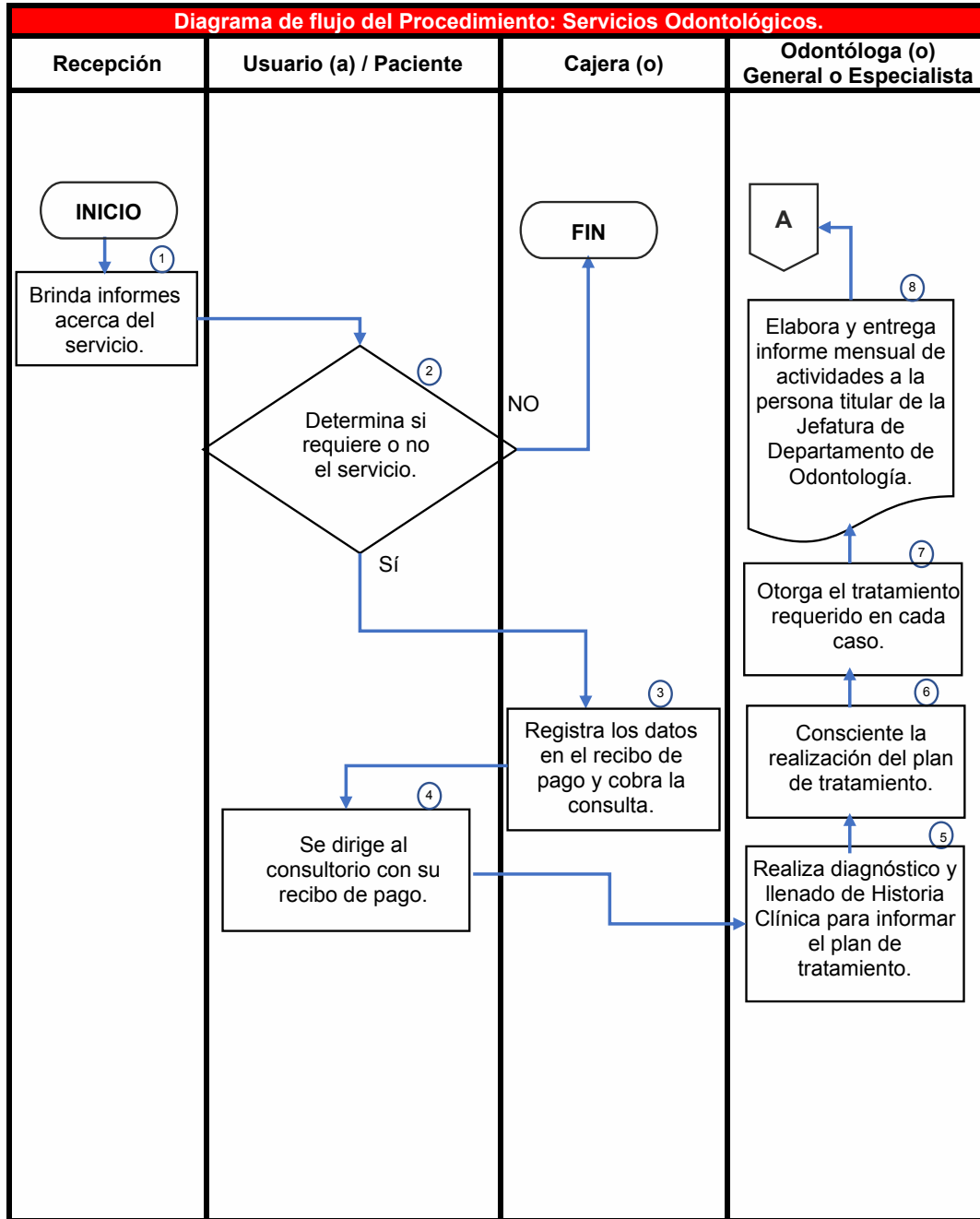


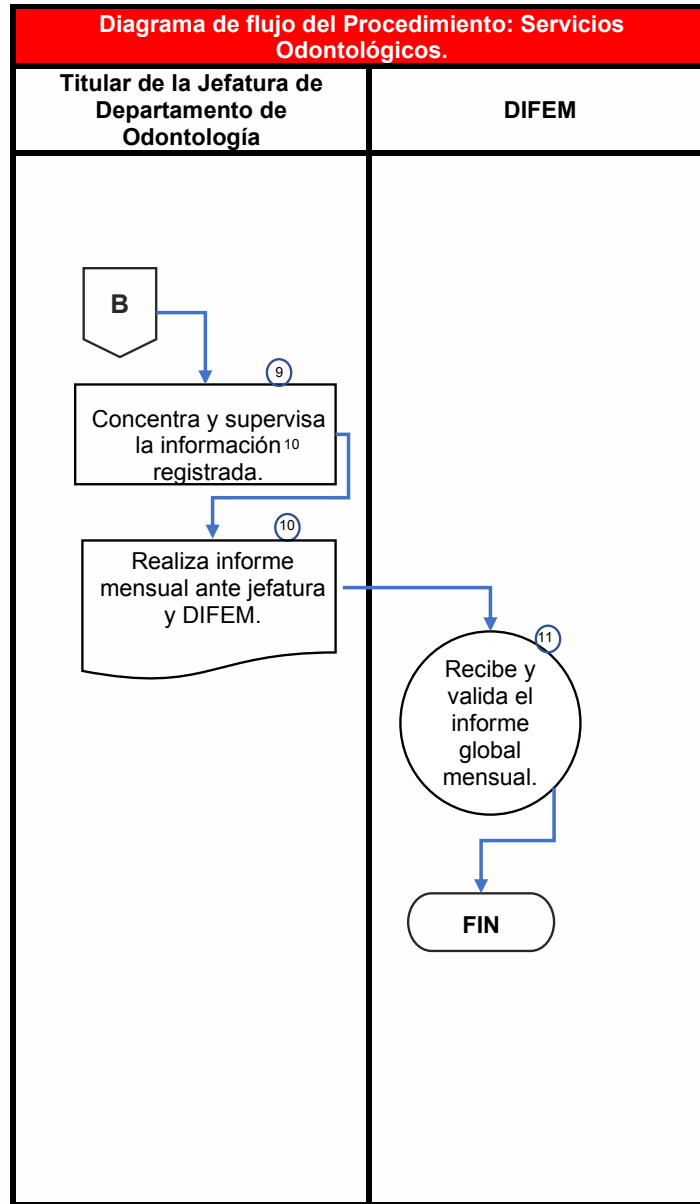
➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

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.
Usuaría (o) / Paciente	2	Determina si requiere o no del servicio dental.
Cajera (o)	3	Registra los datos en el recibo de pago y cobra la consulta de acuerdo con el costo del tratamiento indicado.
Usuaría (o) / Paciente	4	Acude al consultorio con su recibo de pago.
Odontóloga (o) 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.
Odontóloga (o) General o Especialista	6	Consciente la realización del plan de tratamiento.
Odontóloga (o) General o Especialista	7	Otorga el tratamiento requerido en cada caso.
Odontóloga (o) 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**



ÁREA DE ODONTOLOGÍA 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 Enfermedades del corazón Si No
 Diabetes Si No Tuberculosis Si No Fiebre reumática Si No Sífilis Si No
 Anemia Si No Hepatitis Si No Ent. 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.- ¿Ha tenido 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 Glándulas salivales N A Amígdalas N A Otras anomalías N A

EXAMEN: PARODONTAL

PGB N A Sero infragíngival N A Bolsa parodontal N A
 Materia alba N A Gingivitis N A Abceso parodontal N A
 Sero supragíngival N A Movilidad dentaria N A Reabsorción ósea N A

80	87	86	85	84	83	82	81	28	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

PERMANENTES

Cariados _____
 Perdidos _____
 Obturados _____

TEMPORALES

Cariados _____
 Perdidos _____
 Obturados _____



Historia Clínica de Odontología (Continuación)

ACEPTACIÓN DE TRATAMIENTO

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

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

Firma de la o él Odontóloga/Odontólogo

HOJA DE EVOLUCIÓN

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

OBSERVACIONES

Los datos personales recibidos 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 16 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. Isidro Fabala, C.P. 50170, en Toluca, Estado de México.

Se manifiesta lo antes expuesto, en cumplimiento a los numerales décimo 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 fideicomisos 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/720/2021



Consentimiento Informado de Odontología



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: (1) _____

No. exp.: (2) _____

Nombre: (3) _____

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

El C.D. (7) _____ odontólogo/a de:

(8) _____, me ha informado de mi(s) procedimiento(s), por lo que si es necesario me sometiera a estudios de laboratorio, gabinete, histopatología y procedimientos anestésicos, así como tratamientos odontológicos y/o quirúrgicos considerados como indispensables para recuperar mi salud.

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

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 con discapacidad, 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 correspondientes, 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. 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 s/n, Álvaro Obregón s/n, Col. Isidro Fabela, C.P. 50170, en Toluca, Estado de México.

Se manifiesta lo antes expuesto, en cumplimiento a los numerales décimo 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 fedatarios 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/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) odontóloga(o): (2) _____
Domicilio del consultorio: (3) _____
Localidad: (4) _____ Municipio: (5) _____
Número de odontólogos(os): (6) _____

Table with 3 columns: Descripción programática, Acciones (7), and Beneficiados (8). Rows include Consultas, preventivas, restaurativas, and sumas.

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

Población beneficiada (10)

Summary table with columns: Rango de edad, Género (Femenino, Masculino), and Total.

RE200C0101060402L/733/2021



▪ **Constancia de Enjuagatorios de Fluoruro**



CONSTANCIA DE ENJUAGATORIOS DE FLUORURO

Por este medio se hace constar que la/el C.D.: (1) _____

realizó los días (2) _____

Las actividades consistentes en:

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

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

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

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

(7) _____ pláticas a (8) _____ madres y 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)

RE200C01010604020/732/2021





EL AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLALNEPANTLA DE 1848
2022-2024



Formato de Referencia



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

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 iniciado: _____

PACIENTE (MADRE, PADRE O TUTOR)

MÉDICO (A)

Nombre y firma (13)

Nombre y firma (14)

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 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. 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 Plata s/n, Álvaro Obregón s/n Col. Jardín Fabrika, C.P. 50170, en Toluca, Estado de México.

Se manifiesta lo antes expuesto, en cumplimiento a los numerales décimo séptimo y décimo octavo 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 Subcomités políticos 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



- Bitácora de Esterilización

BITÁCORA DE ESTERILIZACIÓN

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

SIN VALIDEZ OFICIAL

➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
C.D. Judith Perla Jiménez Zavaleta	Dra. Liliana Zamora Benítez	C. María Teresa Bautista Cebada
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/2024/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.
- ♦ 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:

- ♦ 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.





➤ 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.

Odontólogas (os) 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

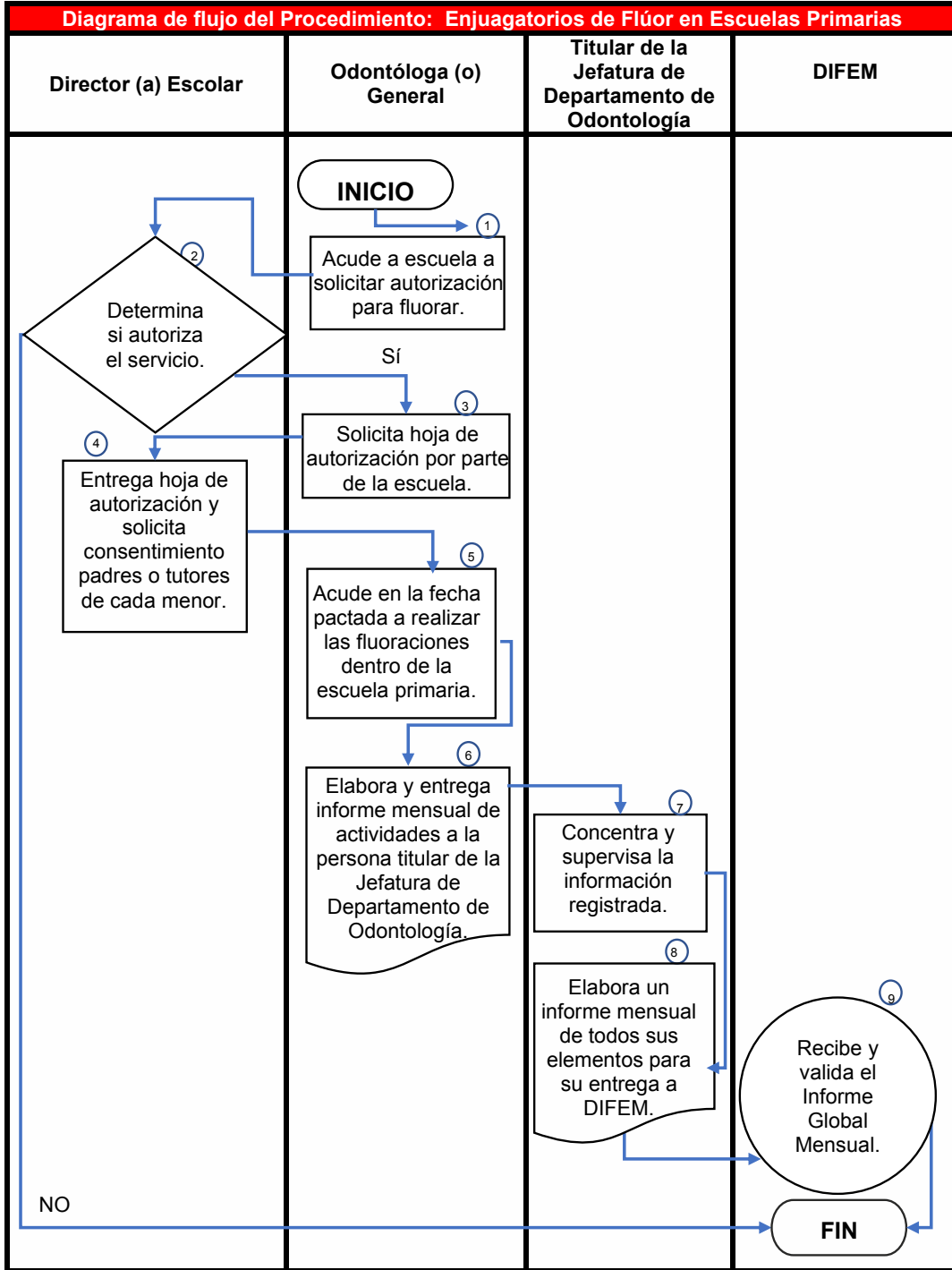
- El servicio de fluoración a escolares es totalmente gratuito.
- Al inicio de cada ciclo escolar cada uno de las y los Odontólogos(as) que forman parte de la Jefatura de Departamento de Odontología de este SMDIF, acuden a una escuela primaria pública ubicada dentro del territorio municipal, para pedir 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 (a) 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.
- Oficio dirigido al Departamento de Odontología, solicitando el servicio. Este deberá contener; nombre de la institución, domicilio, correo electrónico y numero de contacto.
- 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		
Odontóloga (o) 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.
Odontóloga (o)	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.
Odontóloga (o) General	5	Acude en la fecha pactada a realizar las fluoraciones dentro de la escuela primaria.
Odontóloga (o) 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 la/el C.D.: (1) _____

realizó los días (2) _____

Las actividades consistentes en:

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

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

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

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

(7) _____ pláticas a (8) _____ madres y 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)

RE200C01010604020/732/2021



EL AYUNTAMIENTO
CONSTITUCIONAL DE
TLAXCALAPA DE 1848
2022-2024



Informe Mensual de Actividades de Odontología



ESTADO DE
MEXICO
¡el poder de servir!

DIF
ESTADO DE MEXICO

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

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DE ODONTOLOGÍA

Fecha: (1) _____

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

Domicilio del consultorio: (3) _____

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

Número de odontólogos(os): (6) _____

Descripción programática	Acciones (7)	Beneficiados (8)
Consulta primera vez		
Consulta subsecuente		
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 flúor		
Cariostáticos		
Aplicación tópica de flúor (gel o barniz)		
Selladores de fosas y fisuras		
Profilaxis		
Detartraje		
Odontología Restaurativa		
Resinas		
Ionómero de vidrio		
Tratamiento Restaurativo Atraumático (exclusivos)		
Curación con material temporal		
Extracciones temporales		
Extracciones permanentes		
Terapia Pulpal (endodancia, pulpotomía, pulpectomía)		
Cirugía		
Farmacoterapias		
Radiografías		
Otras acciones		
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/733/2021

➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboro	Revisó	Aprobó
		
C.D. Judith Peria Jiménez Zavaleta	Dra. Liliana Zamora Benítez	C. María Teresa Bautista Cebada
Titular de la Jefatura de Departamento de Odontología	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General



3.5. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SERVICIOS DE ENFERMERÍA
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2024/MP/DS/DE/001

ÍNDICE

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





➤ OBJETIVO

Brindar servicios integrales de enfermería, al paciente, familia y comunidad mediante la promoción del bienestar, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, a través de la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los individuos contribuyendo con 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.



➤ 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.

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

➤ 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.
- **Curaciones, retiro de puntos o inyección intramuscular:**
- 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.
- **Detección de cáncer cérvico-uterino**
- 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.

➤ RESULTADOS

Servicios de enfermería

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.

Curaciones, retiro de puntos o inyección intramuscular

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.

Detección de cáncer cérvico-uterino y/o exploración mamaria

Realizar la exploración mamaria y/o tomar la muestra de citología cervical para la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer cervicouterino o mamario.





➤ POLÍTICAS

- En el servicio de Enfermería se brindará:
 - ✓ Somatometría (peso, talla y perímetros);
 - ✓ Signos vitales;
 - ✓ Toma de tensión arterial;
 - ✓ Exploración mamaria;
 - ✓ Citología cervical;
 - ✓ Retiro de puntos;
 - ✓ Curación;
 - ✓ Inyección intramuscular;
 - ✓ Retiro de DIU sin procedimiento; 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 19:30 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 con la normatividad aplicable.
- La valoración se realiza a toda la población en general y del municipio de Tlalneapantla de Baz, sin importar la edad, sexo o religión.
- 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.
- Para brindar el servicio de citología el personal del 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 Detección de cáncer cérvico-uterino se brinda de manera gratuita, por parte del 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.
 - DIFEM, realizará la lectura de las muestras que se remiten, a través de la Jefatura de Departamento de Enfermería.
 - Todos los datos personales de las personas usuarias se resguardan en expedientes y se les brinda la protección de acuerdo con 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 con el 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.
 - 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.
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.



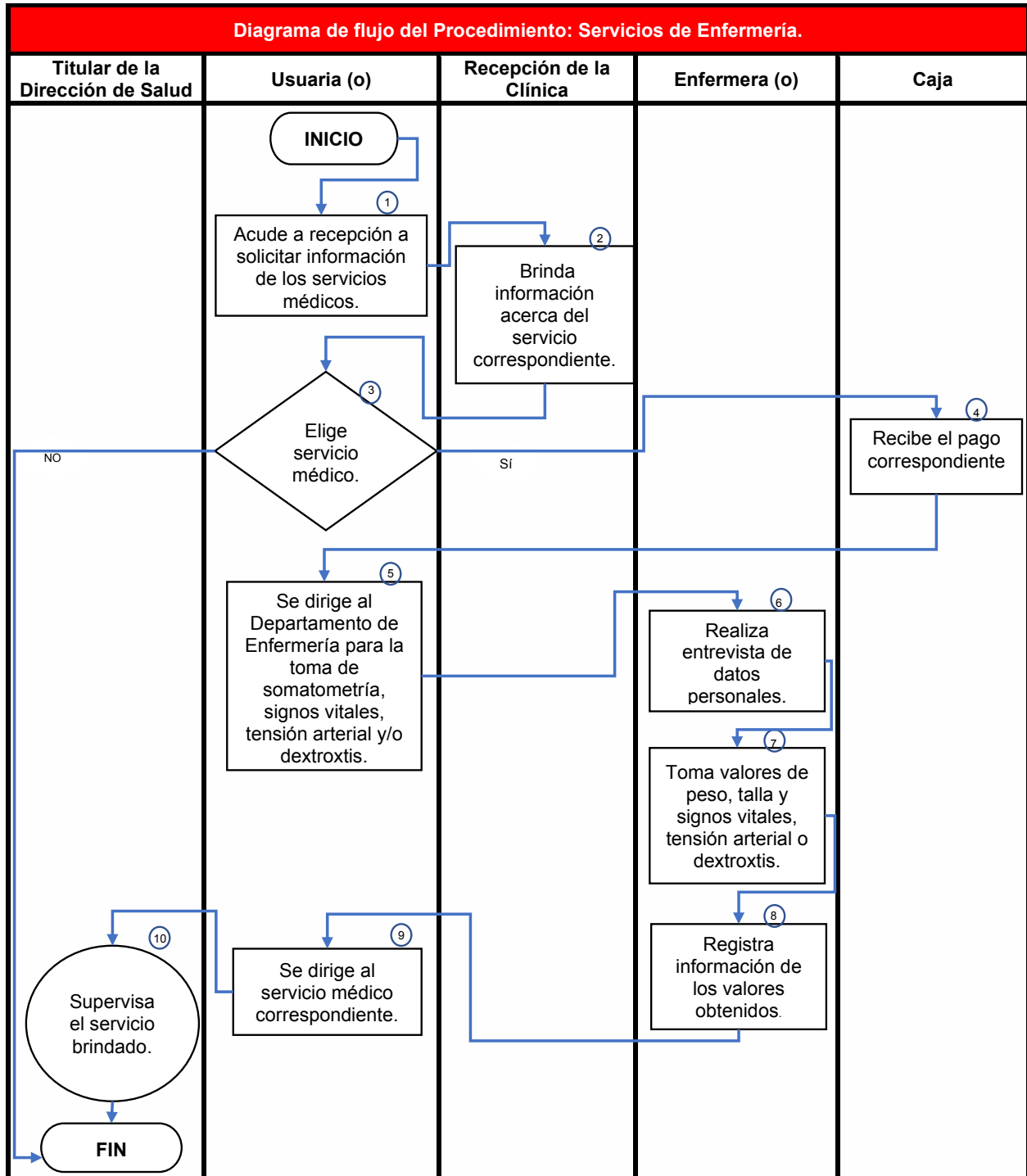


➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Usuaría (o)	1	Acude a las instalaciones del SMDIF, para solicitar información de los servicios de enfermería que se brindan.
Enfermera (o)	2	Brinda información acerca del servicio solicitado y refiere a caja a la persona usuaria.
Usuaría (o)	3	Elige el servicio de enfermería de acuerdo con sus necesidades.
Caja	4	Recibe el pago de la persona usuaria para el servicio correspondiente.
Usuaría (o)	5	Se dirige al Departamento de Enfermería para la toma de somatometría, signos vitales, tensión arterial, retiro de DIU, retiro de puntos, toma de citología cervical, exploración mamaria y/o dextroxtis.
Enfermera (o)	6	Realiza la entrevista de datos personales.
Enfermera (o)	7	Toma muestra, realiza exploración, aplicación y/o valores de somatometría, 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**



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
<p>C. Barbara Jael Aguilera Benítez</p>	<p>M.C. Lilliana Zamora Benítez</p>	<p>C. María Teresa Bautista Cebada</p>
<p>Encarga de Despacho del Departamento de Enfermería</p>	<p>Titular de la Dirección de Salud</p>	<p>Titular de la Dirección General</p>



UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	APLICACIÓN DE DOSIS DE BIOLÓGICO
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2024/MP/DS/DE/MP/002

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.



➤ 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.

➤ 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 de este.
- **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 Tlalneapantla de Baz.

➤ 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.
- Red de frio

➤ 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 08:30 a 18:00 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 con 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.
Enfermera (o)	2	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)	3	Acepta la aplicación de biológico.
Enfermera (o)	4	Realiza la entrevista de datos personales; brinda asesoría de indicaciones y contraindicaciones de la inmunización.
Enfermera (o)	5	Registra la información obtenida de la entrevista en los censos únicos.
Enfermera (o)	6	Realiza la aplicación de la dosis de biológico correspondiente.
Enfermera (o)	7	Realiza el llenado de la cartilla de vacunación.
Titular de la Jefatura del Departamento de Enfermería	8	Realiza concentrado y reporta a DIFEM.
Titular de la Dirección de Salud	9	Supervisa el otorgamiento del servicio de aplicación de biológico.
FIN		



➤ **DIAGRAMA DE FLUJO**

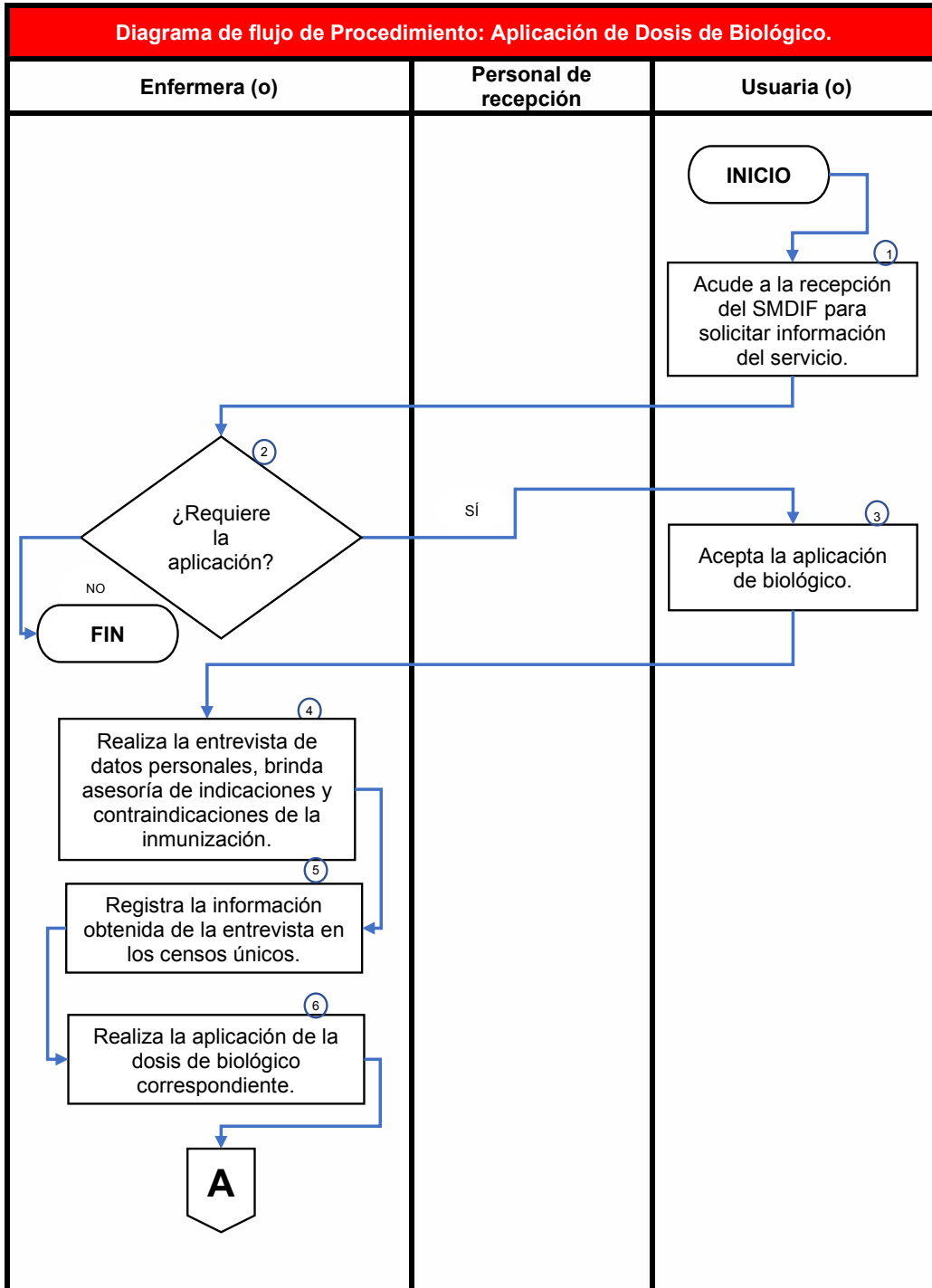
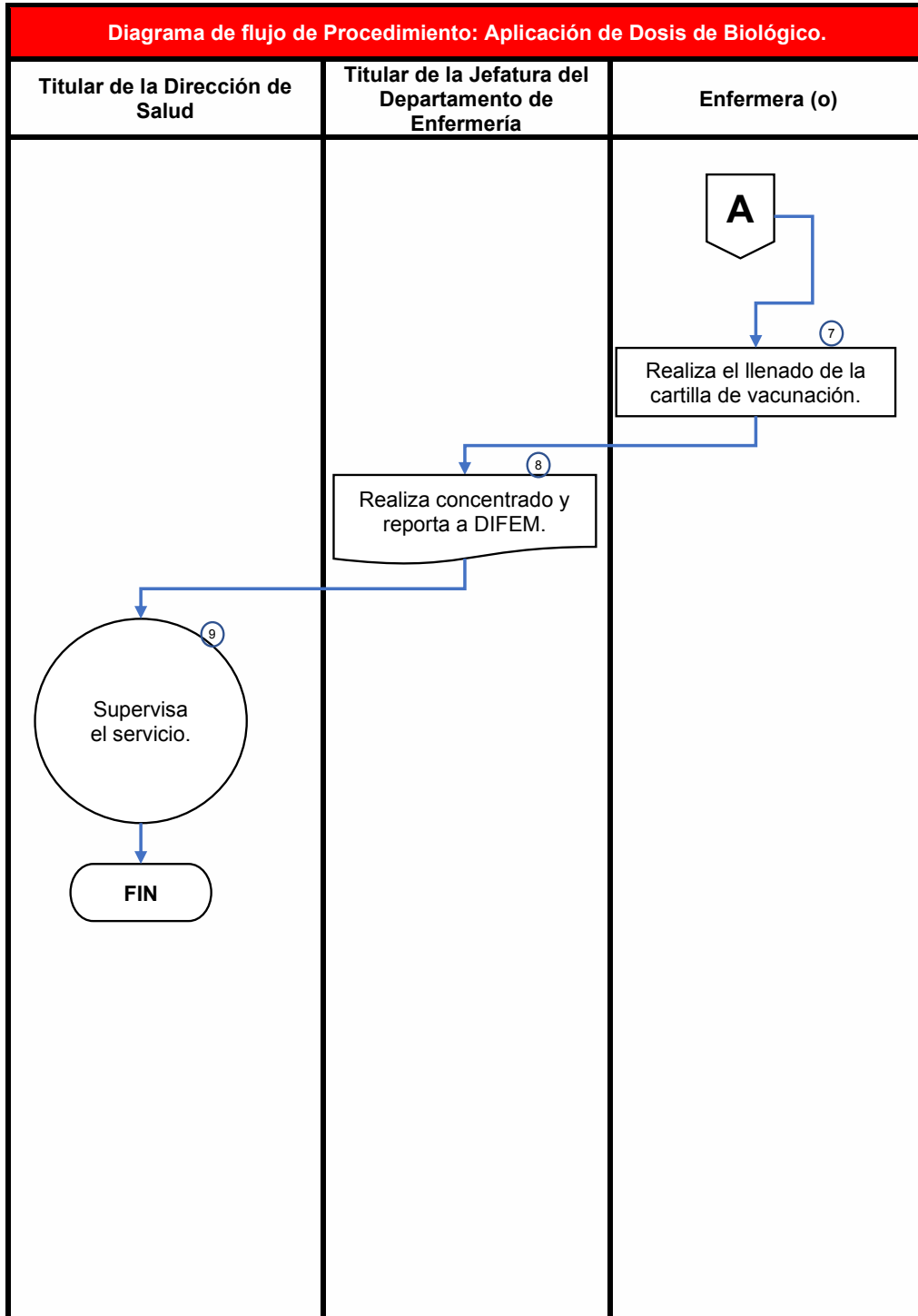




Diagrama de flujo de Procedimiento: Aplicación de Dosis de Biológico.





➤ FORMATOS

- Formato del Censo Nominal Poblacional

Anexo 5. Formato del Censo Nominal para población adulta (de 20 años y más) y mujeres embarazadas. (Anexo 1-C)

The form is a detailed grid for recording population data. It includes sections for personal information, household details, and various demographic and social indicators. The columns are densely packed with labels, and the rows are designed for individual household entries. A large, semi-transparent watermark reading 'SIN VALIDEZ OFICIAL' is printed diagonally across the entire 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	INDICACION	EDAD (AÑOS)	FECHA DE APLICACIÓN	FECHA DE RESPUESTA	ESTADO
BIOLÓGICO	UNICA	POBLACION	1 A 4 AÑOS			
		REINFORZADO	5 A 11 MESES			
		PRIMERA	12 A 23 MESES			
		SEGUNDA	24 A 35 MESES			
		TERCERA	36 A 47 MESES			
HEPATITIS B	UNICA	POBLACION	1 A 4 AÑOS			
		REINFORZADO	5 A 11 MESES			
		PRIMERA	12 A 23 MESES			
		SEGUNDA	24 A 35 MESES			
		TERCERA	36 A 47 MESES			
HEPATIS A	UNICA	POBLACION	1 A 4 AÑOS			
		REINFORZADO	5 A 11 MESES			
		PRIMERA	12 A 23 MESES			
		SEGUNDA	24 A 35 MESES			
		TERCERA	36 A 47 MESES			
DPT	UNICA	POBLACION	1 A 4 AÑOS			
		REINFORZADO	5 A 11 MESES			
		PRIMERA	12 A 23 MESES			
		SEGUNDA	24 A 35 MESES			
		TERCERA	36 A 47 MESES			
HEMOCOCICA CONJUGADA	UNICA	POBLACION	1 A 4 AÑOS			
		REINFORZADO	5 A 11 MESES			
		PRIMERA	12 A 23 MESES			
		SEGUNDA	24 A 35 MESES			
		TERCERA	36 A 47 MESES			
HEMOCOCICA POLISACARIDA (23 SEROTIPOS)	UNICA	POBLACION	1 A 4 AÑOS			
		REINFORZADO	5 A 11 MESES			
		PRIMERA	12 A 23 MESES			
		SEGUNDA	24 A 35 MESES			
		TERCERA	36 A 47 MESES			
S.P. TRIPLE VIRAL	UNICA	POBLACION	1 A 4 AÑOS			
		REINFORZADO	5 A 11 MESES			
		PRIMERA	12 A 23 MESES			
		SEGUNDA	24 A 35 MESES			
		TERCERA	36 A 47 MESES			
S.D. DOBLE VIRAL	UNICA	POBLACION	1 A 4 AÑOS			
		REINFORZADO	5 A 11 MESES			
		PRIMERA	12 A 23 MESES			
		SEGUNDA	24 A 35 MESES			
		TERCERA	36 A 47 MESES			
VPH	UNICA	MUJERES DE 3º AÑO DE PRIMARIA Y 13 AÑOS NO ESCOLARIZADA	PRIMERA			
			SEGUNDA			
			TERCERA			
SABH	UNICA		PRIMERA			
			SEGUNDA			
			TERCERA			

> VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
C. Barbara Jael Aguilera Benítez	Dra. Lilliana Zamora Benítez	C. María Teresa Bautista Cebada
Encarga de Despacho del Departamento de Enfermería	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General



3.6. JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE LABORATORIO

UNIDAD ADMINISTRATIVA	JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE LABORATORIO
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	EXÁMENES DE LABORATORIO
CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	SMDIF/2024/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:

- ◆ 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”.

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 llenado de “vale de control interno” de los reactivos utilizados 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.



Auxiliar General, deberá:

Proporcionar información a las personas usuarias que la soliciten; así como 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.

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.

Cajera (o) 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 "Catálogo 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 en caso necesario 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 - 10:00 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 - 10:00 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 9:00-10:00 horas, los martes y jueves.
 - ✓ “Subsistema Mónica Orta”: Ubicado en Calle Ixtacala 78, Colonia Ampliación Gustavo Baz Prada, con un horario de toma de muestras de 09:30 – 10:30 horas, los 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 09:30 – 10:30 horas, los lunes de cada quince días.
- Las personas usuarias deberán presentarse con las indicaciones que se le señalen de acuerdo con el 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 con el “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 Tlalnepantla 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.





➤ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

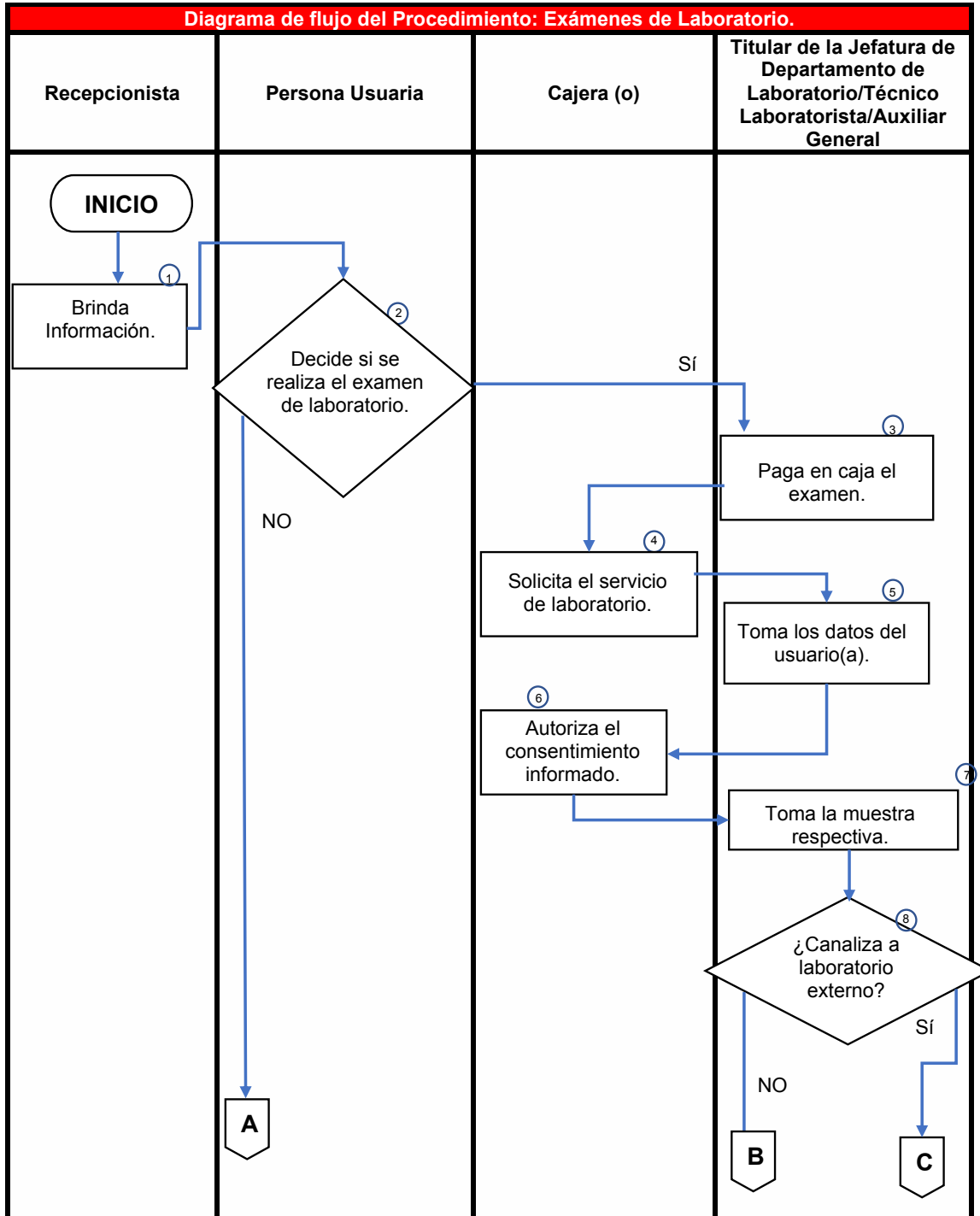
Dependencia, unidad administrativa o puesto responsable	ACTIVIDAD	
	NÚMERO	DESCRIPCIÓN
INICIO		
Recepcionista	1	Brindar información acerca de los requisitos, horarios, costos y servicios de laboratorio del SMDIF.
Persona Usuaria	2	Decide si se realiza algún tipo de examen de laboratorio.
Persona Usuaria	3	Paga sus exámenes de laboratorio en la caja de acuerdo con el 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/Técnico Laboratorista/Auxiliar General	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 con el 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.

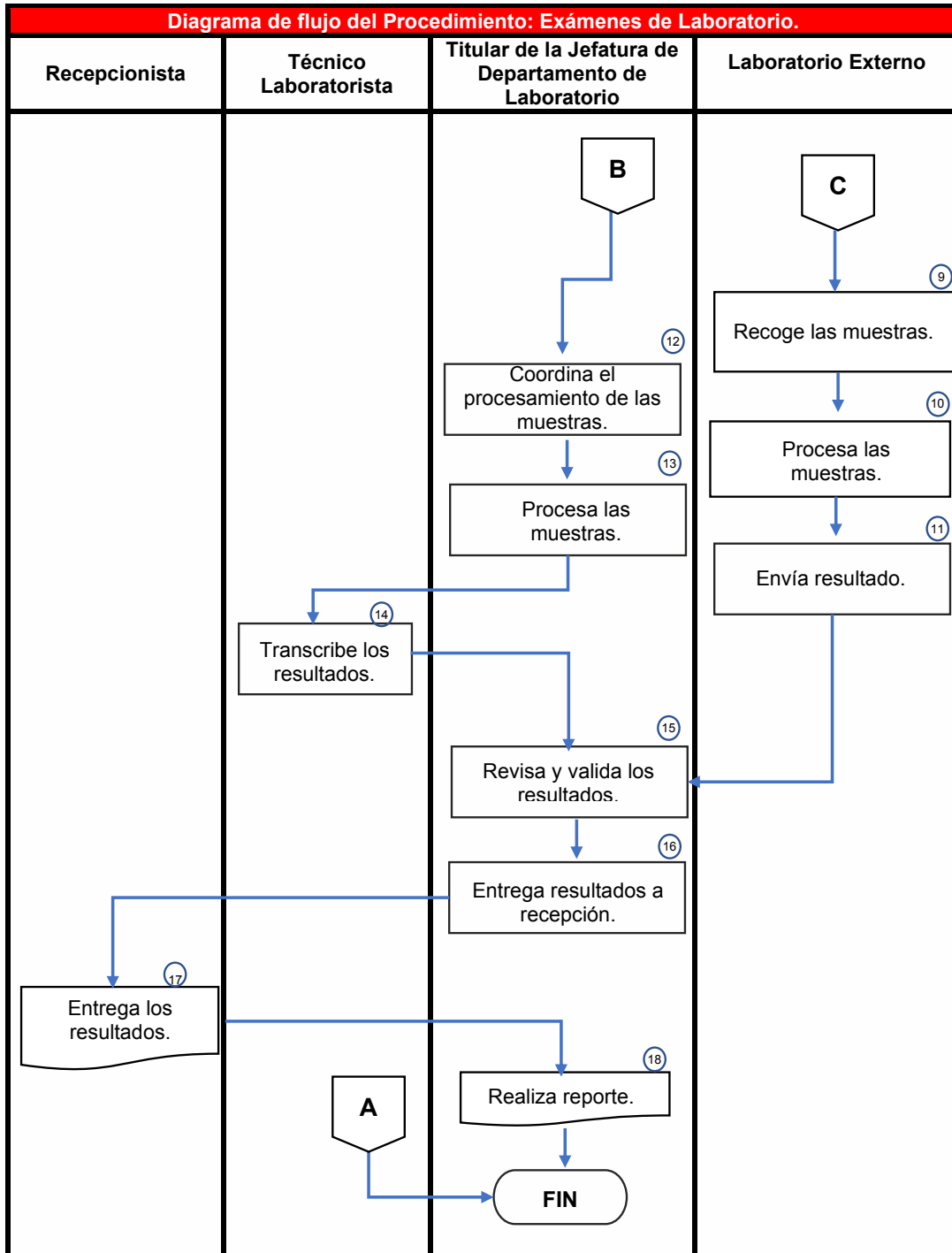


Titular de la Jefatura de Departamento de Laboratorio	16	Entrega los resultados de los exámenes de laboratorio al personal de recepción.
Recepcionista	17	Entrega los resultados de los exámenes de laboratorio a las personas usuarias cuando estas muestran su recibo de pago o identificación oficial
Titular 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**







➤ **FORMATOS**

- **Formato Recibo de Pago**

DIF DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS FOLIO N° 13150
Tlalnepantla ORDEN DE SERVICIO

MESES: [] DÍAS: [] AÑO: []

CENTRO UBICADO EN: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

SERVICIO TERAPIA Y D	LABORATORIO	OPTOMETRÍA
DISPLASIA	MEDICINA GENERAL	ORTOPEDIA
ENFERMERIA	MEDICINA INTERNA	PSICIA
EXAMEN MÉDICO	NEFRICIA	PSICOPATOLOGÍA
GASTROENTEROLOGÍA	ODONTOLÓGIA	PSYCHOLOGIA
GINECOLOGÍA	OFTALMOLOGÍA	UROLOGIA
OTROS INGRESOS		

OBSERVACIONES: _____

PACIENTE: _____ RECEPCIONISTA: _____

SIN VALIDEZ



Formato Consentimiento Informado



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 (caso 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 descritos que constan con el número de folio _____ del Laboratorio de DIF Tlalnepantla que convenga 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 al responsable.

Nombre completo y firma
Otorga el consentimiento informado

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales Externos de Laboratorio, de conformidad con lo dispuesto por la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios y demás disposiciones aplicables. Dichos datos se recaban con conocimiento del usuario. La Unidad Administrativa responsable del Sistema de datos personales es la Jefatura del Departamento de Laboratorio, y el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y cancelación de sus datos a través del Sistema SAREDDM, en la siguiente dirección electrónica: <https://www.cajonmex.com/municipio/tlalnepantla/mexico>, dirigiendo su solicitud a este enlace. Le informamos que podrá consultar nuestra política de privacidad integral en la siguiente liga: <https://www.dif.tlalnepantla.gob.mx/>



▪ **Consentimiento Informado Examen de Gravidéz**



DIRECCIÓN DE SALUD
DEPARTAMENTO DE LABORATORIO



Tlaxiapan 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 cedula profesional o pasaporte.

Se me explica que en caso de ser positiva la prueba 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

Los datos personales recibidos serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales Escindidos de Laboratorio, de conformidad con lo dispuesto por la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios y demás disposiciones aplicables. Dichos datos se reciben con conocimiento del usuario. La Unidad Administrativa responsable del Sistema de datos personales es la Jefatura del Departamento de Laboratorio, y el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, corrección, oposición y cancelación de sus datos a través del Sistema SARCOEM, en la siguiente dirección electrónica: <http://www.sarcoem.gob.mx/sarcoem/usuario/registro>, dirigiendo su solicitud a esta entidad. Lo informamos que podrá consultar nuestro aviso de privacidad en el siguiente link: <http://www.dif.tlaxiapan.gob.mx/>

Sistema Municipal DIF Tlaxiapan 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 100
www.dif.tlaxiapan.gob.mx



Formato Consentimiento Informado VIH



DIRECCIÓN DE SALUD
DEPARTAMENTO DE LABORATORIO



Tlalnepantla de Baz 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 expresar el consentimiento libremente, la autorización será suscrita 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, previa valoración 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 (Ley 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 () Asistente () Parentesco ()
Médico Tratante _____
Cédula Profesional o especialidad _____

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 comprendido 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-SSA2-2010.

Nombre completo y firma
Otorga el consentimiento informado

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales Exámenes de Laboratorio, de conformidad con lo dispuesto por la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios y demás disposiciones aplicables. Dichos datos se recaban con conocimiento del usuario. La Unidad Administrativa responsable del Sistema de datos personales es la Jefatura del Departamento de Laboratorio, y el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, corrección, oposición y cancelación de sus datos a través del Sistema SARCOEM, en la siguiente dirección electrónica: <https://www.sarcodeem.org/registrocom/registrocom/registrocom>, diligenciar su solicitud a esta entidad. Le informamos que podrá consultar nuestro aviso de privacidad integral en la siguiente liga: <https://www.dif.tlalnepantla.gob.mx/>

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) 5301 2115 ext 106
www.dif.tlalnepantla.gob.mx



▪ **Formato Consentimiento Prueba de Uroanálisis**



DIRECCIÓN DE SALUD
DEPARTAMENTO DE LABORATORIO



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PRUEBA DE UROANÁLISIS

Manifiesto que se me ha explicado la forma correcta en que debo recolectar la muestra de orina y que, de no seguir con las indicaciones para su recolección, la integridad de esta se verá comprometida y por lo tanto los resultados emitidos por el profesional de salud no podrán ser 100% confiables; por lo mismo deslindo de la responsabilidad al laboratorio, si por mi desatención la muestra esta comprometida en su integridad.

Entiendo que los beneficios son siempre mayores ya que esta muestra de muestra es para fines de investigación clínica que permitirán al laboratorio apoyar al médico en mi diagnóstico definitivo mejorando mi tratamiento y la evolución de mi padecimiento.

Por lo descrito en este consentimiento, acepto que he leído y entendido la información que se me ha brindado; respecto al proceso de recolección de muestra, y tengo la posibilidad de cuestionar si tengo alguna duda.

Nombre Completo Paciente y/o Responsable:

Edad Paciente:

Hora de recolección de muestra:

SIN VALIDEZ

Nombre completo y firma
Otorga el consentimiento informado

Los datos personales recibidos serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales Exámenes de Laboratorio, de conformidad con lo dispuesto por la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios y demás disposiciones aplicables. Dichos datos se recaban con conocimiento del usuario. La Unidad Administrativa responsable del Sistema de datos personales es la Jefatura del Departamento de Laboratorio, y el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, corrección, oposición y cancelación de sus datos a través del Sistema SARCOEM, en la siguiente dirección electrónica: https://www.sarcoem.org.mx/sarcoem/ciudadano/login_pac, dirigiendo su solicitud a esta entidad. Le informamos que podrá consultar nuestro aviso de privacidad integral en la siguiente liga: <http://www.dif.tlaxiapantla.gob.mx/>.

Sistema Municipal DIF Tlaxiapantla de Baz
Av. Convento de Santa Mónica s/n, esq. Convento de
San Fernando, C.P 54050 Estado de México
Tel (56) 5361 2115 ext 100
www.dif.tlaxiapantla.gob.mx



Formato Solicitud de Análisis



Laboratorio de Análisis Clínicos

SOLICITUD DE ANÁLISIS

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

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

OBSERVACIONES:





▪ **Formato Hematología**



Laboratorio de Análisis Clínicos
HEMATOLOGÍA



Nombre:	Folio:
Médico:	Fecha:

	VALORES NORMALES		
	HOMBRES	MUJERES	NIÑOS
ERITROCITOS	4-6.0 Millones/mm ³	4-5 Millones/mm ³	4-5 Millones/mm ³
HEMOGLOBINA	13.2 - 17 g/dl	1 - 16 g/dl	12 - 15 g/dl
HEMATOCRITO	34 - 47 %	32 - 47 %	32.5 - 35%
C.M.H.G	52 - 28%		
LEUCOCITOS	5,000 - 10,000/mm ³		
LINFOCITOS	25 - 40 %		
MONOCITOS	3 - 8 %		
EOSINOFILOS	1 - 4 %		
BASÓFILOS	0 - 1 %		
SEGMENTADOS	50 - 65%		
BIANDA	0 - 5 %		
SEDIMENTACIÓN	0 - 7 mm	0 - 15 mm	0 - 15 mm
PLAQUETAS	150,000 - 350,000 mm ³		
RETICULOCITOS	0.5 - 2.0 %		
GRUPO SANGUÍNEO			
FACTOR RH			

OBSERVACIONES

RESPONSABLE



Formato Químico Clínica



		Laboratorio de Análisis Clínicos QUÍMICA CLÍNICA			
Nombre:			Folio:		
Médico:			Fecha:		
Glúcosa		60 - 100 mg/dl	PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA Bilirrubina Total <input type="text"/> 0.2 -1.0 mg/dl Bilirrubina Directa <input type="text"/> 0.0-0.2 mg/dl Bilirrubina Indirecta <input type="text"/> 0.02-0.7mg/dl G.O. <input type="text"/> 5-34 u/l T.G.P. <input type="text"/> 10-35 u/l Fosfatasa Alcalina <input type="text"/> Menos de 130 u/l 1-9 años de 85-345 u/l 10-12 años 40-360 u/l Fósforo <input type="text"/> 2.7-4.5 mg/dl Deshidrogenasa Láctica <input type="text"/> Adultos 100-210 u/l		
Urea		15 - 45 mg/dl			
Creatinina		0.5 - 1.2 mg/dl			
Ácido Úrico		H 3.5 - 7.2 mg/dl M 2.6 - 6.0 mg/dl			
Coolesterol Total		Hasta 200 mg/dl			
Triglicéridos		Hasta 150 mg/dl			
Proteínas Totales		6.0 - 8.2 g/dl			
Albumina		3.5 - 5.2 g/dl			
Globulinas		2.3 - 3.5 g/dl			
Relación A/G		1.3 - 2.5			
Calcio		R/N 7.5 - 12 mg/dl Niños - 10.0 - 12.0 mg/dl Adultos 9.0 - 10.5 mg/dl			
RESPONSABLE					

SIN VALIDEZ





Formato Examen de Gravidéz

 Laboratorio de Análisis Clínicos 
EXAMEN DE GRAVIDEZ



Nombre:	Folio:
Médico:	Fecha:

EXAMEN DE GRAVIDEZ
Resultado negativo

SIN VALIDEZ

_____ Responsable

Formato de laboratorio de análisis clínicos

 Laboratorio de Análisis Clínicos 
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			
ACETONA		CILINDROS	
BILIRRUBINA		LEUCOCITOS	
UROBILINOGENO		ERITROCITOS	
HEMOGLOBINA		LEVADURAS	
NITRITOS		TRICROMONAS	

Responsable _____

Tarjeta grupo sanguíneo Santa Mónica

Fecha: _____ Folio: _____

Laboratorio de Análisis Clínicos

Nombre del paciente: _____

Determinación del grupo sanguíneo y factor Rh (D) _____

DIF Centro Santa Mónica
Av. Convento de Santa Mónica s/n, Esq. Convento de San Fernando
Fracc. Jardines de Santa Mónica, Tlalnepantla de Baz, Edo. de México
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			VALORES DE REFERENCIA
	BAJO	DENTRO	ALTO	
GLUCOSA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	60.0-100.0 mg/dl
NITRÓGENO DE UREA (BUN)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5.0 - 17.0 mg/dl
UREA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	15.0 - 45.0 mg/dl
CREATININA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0.5 - 1.2 mg/dl
ÁCIDO ÚRICO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MUJERES 2.6 - 6.0 mg/dl HOMBRES 3.5 - 7.2 mg/dl
COLESTEROL TOTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MEJOR 200.0 mg/dl LÍMITES 200 - 230 mg/dl ALTO MAYOR A 240.0 mg/dl
TRIGLICÉRIDOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MEJOR 100 mg/dl LÍMITES 100 - 150 mg/dl ALTO 200 - 495 mg/dl MUY ALTO MAYOR A 500 mg/dl
BILIRRUBINA TOTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0.2 - 1.0 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0.0 - 0.2 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0.2 - 0.7 U/L
T.G.P.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10.0 - 35.0 U/L
T.G.O.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5.0 - 34.0 U/L
FOSFATA ALCALINA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MEJOR 100 U/L 1 mes - 1 año 80.0-345.0 U/L 1 a 8 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
DESHIDROGENASA LÁCTICA (LDH)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ADULTOS 100.0 - 240 U/L
GAMA GLUTÁMIL TRANSPEPTIDASA (GGT)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	8.0 - 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"/>	40-130 mg/dl MASCULINOS 35-130 mg/dl FEMENINAS 35-130 mg/dl COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (H.D.L.) COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (H.D.L.) MASCULINOS 35-130 mg/dl FEMENINAS 35-130 mg/dl
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (L.D.L.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	160-200 mg/dl
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"/>	9-11 mg/dl NIÑOS 10.0 - 12.0 mg/dl ADULTOS 10.0 - 12.0 mg/dl
HIERRO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MUJERES 50.0 - 170.0 ug/dl HOMBRES 65.0 - 170.0 ug/dl
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"/>	100-160 mg/dl MASCULINOS 100-160 mg/dl FEMENINAS 100-160 mg/dl MASCULINOS 100-160 mg/dl FEMENINAS 100-160 mg/dl
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

SIN VALIDEZ

Responsable



Formato Examen Prenupcial

 **EXAMEN PRENUPCIAL**
LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

NOMBRE DEL PACIENTE:	FOLIO
	FECHA

V.D.R.L.	NEGATIVO

GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH	

SIN VALIDEZ

RESPONSABLE: _____

CÉDULA PROFESIONAL: _____

FIRMA: _____

DIF Central Santa Mónica: Av. Convento de Santa Mónica s/n. Edo. Convento de San Fernando Fracc. Jardines de Santa Mónica, Tlaxcalapantla de Baz, Edo de México
Tel. 5553-61-21-15 ext. 105



- 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 con el 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%



- 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 con el 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)	\$90.00	\$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 (HBALC)	\$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	\$255.00	\$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 con el Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDENCIAL DEL INAPAMI DISCAPACIDAD	
	DIF Tlalnepantla DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF Tlalnepantla 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 SAN GUÍNEA DE 5 ELEMENTOS (OS 5)	\$110.00	\$95.00	50%	50%
QUÍMICA SANGUÍNEA 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 con el 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"
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 TIPO GL. ORULINA	\$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.ANTINUCL. EARES	\$400.00	\$360.00	N/A	N/A
AC.ANTIPEROXIDASA	\$450.00	\$410.00	N/A	N/A
AC.ANTIRRUSEOLA 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 con el 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"
AC.ANTITOXOPLASMA IgM	\$360.00	\$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	\$360.00	N/A	N/A
AG.CHLAMIDIA TRÁCHOMATIS ENDO	\$560.00	\$520.00	N/A	N/A
AG.DE SUPERFICIE HEPATITIS B	\$360.00	\$320.00	N/A	N/A
AG.ESPECIFICO DE PROSTATA Y FRACCIÓN LIBRE	\$495.00	\$430.00	N/A	N/A
AG. CARCINOEMBRIÓNARIO (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 con el Catálogo que esté vigente).
(Continuación)



SERVICIO	COSTO		DESCUENTO CON CREDENCIAL DEL INAPAM/DISCARACIDAD	
	DIF TLALNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"	DIF TLALNEPANTLA DE BAZ	SUBSISTEMA "CRISTINA PACHECO"
AMILASA	\$170.00	\$150.00	N/A	N/A
AMONIO	\$350.00	\$320.00	N/A	N/A
ANDROSTENEIDONA (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
CLORO	\$140.00	\$120.00	N/A	N/A
CLORO 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 con el 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 %	\$425.00	\$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
DETECCION 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
DETERMINACION 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
ESPERMATOSCOPIA	\$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 con el 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 ADRENOCORTICOTRÓPICA	\$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 con el 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"
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 con el 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 con el 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 TGP.)	\$230.00	\$215.00	N/A	N/A
PERFIL BIOQUIMICO 12 ELEMENTOS (GLUC, UREA, CREAT. AC. URICO, COLESTEROL, TRIGLIC, 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, TRIGLIC, 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 con el 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 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 con el 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 con el 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 ATROFENIC, 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, POR 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 con el 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*



- 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 con el 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 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 con el 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 con el 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 NEONATAL AMPLIADO " TANDEM " P AMINOACIDOS, 17 HODROXI PROGESTERONA, HEMOGLOBINOPATOA 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 ORINBA 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 TRIIODOTIROININA (T3) TIROXINA TOTAL,(T4), HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES	\$310.00	\$300.00	N/A	N/A
PERFIL TIROIDEO II MODIFICADO T 3 TOTAL, T 3 LIBRE, T 4 TOTAL, T 4 LIBRE, T 3 Y T4 CAPTACION, TSH, INDICE DE TIROXINA LIBRE	\$600.00	\$600.00	N/A	N/A
PERFIL TIROIDEO III T 3 TOTAL, T4 TOTAL, T 4 LIBRE, T 3 Y T4 CAPTACION, IODO PROTEICO, INDICE DE TIROXINA 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 con el 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, NOICE DE TIROXINA LIBRE, IODO PROTEICO	\$800.00	\$600.00	N/A	N/A
PERFIL TIROIDEO VII T 3 TOTAL, T 4 TOTAL, TSH, T3 LIBRE, T 4 LIBRE	\$850.00	\$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. ANTITUBECOLA 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. ANTITUBECOLA IgG AC. ATICITOMEGALOVIRUS IgG AC. ANTIHERPES I IgG AC. ANTIHERPES II IgG	\$1,145.00	\$1,145.00	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 con el 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 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. ANTIRIFIOXA IgG AC. ATICITO MEGALOVIRUS IgG AC. ANTIHERPES I IgG AC. ANTIHERPES 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



➤ VALIDACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Elaboró	Revisó	Aprobó
		
Q.B.P. Ma. de Lourdes Camacho Morales	M.C. Liliana Zamora Benítez	C. María Teresa Bautista Cebada
Titular de la Jefatura de Departamento de Laboratorio	Titular de la Dirección de Salud	Titular de la Dirección General

4. VALIDACIÓN DEL MANUAL

 Vo. Bo. C. María Gómez Martínez Titular de la Presidencia Honoraria	
 Elaboró M.C. Lilliana Zamora Benítez Titular de la Dirección de Salud	 Revisó L.C. Fernando Granados Rivera Titular de la Secretaría Técnica
 Validó Lic. Librado Estanislao Vázquez García Titular del Órgano Interno de Control	 Autorizó C. María Teresa Bautista Cebada Titular de la Dirección General



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. María Teresa Bautista Cebada

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

Mtro. José Cruz Segura

Titular de la Tercera Vocalía de la Junta de Gobierno y de la Dirección de Administración del H. Ayuntamiento

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. María Teresa Bautista Cebada

Titular de la Dirección General

M.C. Liliana Zamora Benítez

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. Librado Estanislao Vázquez García

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

Mtra. Rosario Ramos Valdés

Titular de la Dirección del CEDEIM

Lic. María Berenice Arredondo Juárez

Titular de la Coordinación de Subsistemas

Lic. Liliana Barrera Hernández

Titular de la Coordinación de Procuración de Fondos y Asistencia Social

C. Laura Beatriz Ortiz Fuentes

Titular de la Coordinación de Transparencia

M.V.Z. David Luna Crisanto

Titular de la Coordinación de Control, Atención y Bienestar Animal





DIRECCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE TLALNEPANTLA DE BAZ

M.C. Liliana Zamora Benítez

Directora de la Dirección de Salud

Lic. Carmen Jazmín Cuenca Espinoza

Titular de la Jefatura de Departamento de Diagnóstico y Atención para Niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Lic. Esmeralda Itzel Delgado de Landa

Titular de la Jefatura de Departamento de Rehabilitación para Personas con Discapacidad

Lic. Alejandra Gisela Cornelio Delgado

Titular de la Jefatura de Departamento del Centro de Capacitación e Inclusión Laboral para Personas con Discapacidad (CECAIN)

M.C. Pablo Andrés Castillo Ruano

Titular de la Jefatura de Departamento de Salud Preventiva

C.D. Judith Perla Jiménez Zavala

Titular de la Jefatura de Departamento de Odontología

C. Barbara Jael Aguilera Benítez

Encargada de Despacho de la Jefatura de Departamento de Enfermería

Q.B.P Ma. de Lourdes Camacho Morales

Titular de la Jefatura de Departamento de Laboratorio





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 Constitucional

C. Ivette Yadira Campos Padilla
Primera Síndica

C. Blanca Isabel Padilla Luna
Segunda Síndica

C. Samuel Ugalde Chávez
Primer Regidor

C. Teresa Garduño Suárez
Segunda Regidora

C. Rafel Johnvanny 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