



UNIDAD BASICA DE REHABILITACION JOCOTEPEC

Somos una institución dedicada a la rehabilitación física de discapacidades transitorias o permanentes con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes. En el 2017 se llevan atendidas 997 personas entre Consultas y Terapias brindadas.

Objetivo:

- Mejorar el estado motriz de los pacientes.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con problemas motrices irreversibles.
- Estimular el sistema motriz de los pacientes que lo requieran.
- Aumentar las capacidades físico motriz del paciente para mejorar su calidad de vida.
- Reintegrar y/o readaptar al individuo a sus labores cotidianas.
- Brindar bienestar y confort en el proceso de rehabilitación del paciente.

Metas:

- Ser una institución capaz de ofrecer un tratamiento fisiátrico innovador y de calidad para optimizar la atención a nuestros pacientes.
- Cubrir las demandas que la población requiere en cuanto a rehabilitación.
- Ser autosuficientes.

Requisitos:

- Contar con una lesión motriz o física para poder recibir tratamiento de rehabilitación.
- Implementación de información y datos personales.

Trámites:

- Pasar a consulta para valorar sus necesidades fisioterapéuticas del paciente.
- Llenado de formato de tratamiento fisiátrico realizado por el doctor para dar indicaciones del tratamiento fisiátrico que recibirá cada paciente.
- Realización de ejercicios indicados por el doctor y implementados por los fisioterapeutas.
- Proporción de datos personales para llenado de expediente y padrón electrónico.
- Cubrir el costo de la consulta y terapia física recibidas.

Formatos para ser beneficiario:

- Historial clínico realizado por el doctor de la unidad.
- Formato de tratamiento fisiátrico realizado por el doctor para dar indicaciones a los

UNIDAD BASICA DE REHABILITACION
TRATAMIENTO FISIÁTRICO

FECHA: _____

NOMBRE: _____

DX:

1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- _____

5.- _____

6.- _____

7.- _____

FIRMA DEL MÉDICO

Archivo para terapia física.

Formato de ingreso para expediente y padrón

FECHA _____ NO. SESIONES _____
NOMBRE _____ EDO. CIVIL _____
FECHA NAC. _____ EDAD _____ LUGAR NAC. _____
DOMICILIO _____
TELEFONO _____ OCUPACION _____
ESCOLARIDAD _____ C.U.R.P. _____

Objetivo del programa:

-Mejorar la calidad de vida de los pacientes.