



## CONSTANCIA DE ATENCIÓN

Comala, Colima, México. \_\_\_\_\_

### A quien corresponda:

Por medio del presente hago constar que \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_acudió el/los día(s) \_\_\_\_\_del presente año,  
con un horario de \_\_\_\_\_hrs. al departamento de Terapia de lenguaje  
ubicado en las instalaciones de la Unidad Básica de Rehabilitación, perteneciente  
al Sistema DIF Municipal Comala; con la finalidad de recibir atención de interés  
para el paciente.

Se extiende la presente para los fines que al interesado convenga.

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_  
**L.E.E. CECILIA TAPIA ROJAS**  
ENCARGADA DE TERAPIA DE LENGUAJE  
EN LA UBR DE DIF MUNICIPAL COMALA

“2023, Año de la Conmemoración del 500 Aniversario de la Fundación de la Villa de Colima”



Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

A QUIEN CORRESPONDA:

Por medio de la presente \_\_\_\_\_  
autorizo la evaluación por medio de la aplicación de pruebas formales e informales con el  
objetivo de identificar si presenta o no dificultad en el lenguaje o en el aprendizaje y  
establecer posteriormente estrategias para favorecer su proceso de atención en la UBR  
Comala Col. en caso de ser necesario.

Atentamente

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma



UNIDAD BASICA DE REHABILITACION COMALA  
UBR COMALA  
HOJA DE PRESENTACION EN EXPEDIENTE



Fecha: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ DX: \_\_\_\_\_

DIAS DE SESION: \_\_\_\_\_

INICIO DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_ ALTA: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL FAMILIAR**

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

OCCUPACION: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Licenciada en Educación Especial  
Cecilia Tapia Rojas



## CONSTANCIA DE ATENCIÓN

Comala, Colima, México. 17 de enero de 2023.

A quien corresponda:

Por medio del presente hago constar que la C. de 40 años de edad acudió el día Jueves 22 de Diciembre del presente año a esta **Unidad Básica de Rehabilitación Física (UBR) Comala**, para recibir valoración médica y Terapia de Rehabilitación Física ya que presenta un esguince grado 2 con pronóstico reservado a evolución.

Se extiende la presente para los fines que al interesado convenga.

ATENTAMENTE

YESUA FERNANDO ROSALES MIRANDA  
FISIOTERAPEUTA

## CONSTANCIA DE ESTUDIO DE DISCAPACIDAD



**A quien corresponda:**

Paciente: Venegas Hernández Rubén  
Expediente: 139/2022

Dx. Neurodinamia a Plexo Braquial, P. sec de Fx de Húmero derecho con lesión de Plexo Braquial Psi lateral, C Faradiciacas a Musc. Inervados por Plexo Braquial, contracción muscular visible, 8 contracciones por musculo, 10 segundos por contracción y 5 segundos de relajación. Movimiento pasivo de muñeca, MCF, IFP e IFD, Manteniendo arcos de movilidad, estiramiento muscular motores de hombro, codo, muñeca y mano.

La fecha de inicio de su discapacidad es a partir del día 18 de diciembre de 2021, a consecuencia de un accidente, quedando como limitantes de la discapacidad las siguientes de acuerdo al Examen manual muscular:

2 flexión de hombro, 2 extensión de hombro, 2 abducción, 2 rotación interna, 1 rotación interna, 2 flexión de codo, 2 extensión de codo, 2 flexión de muñeca, 2 extensión de muñeca, 2 desviación radial, 2 desviación cubital, 2 flexión interfalangica.

Fibrosis en articulación de hombro, codo, muñeca, interfalangica proximal y distal. Lesión de Plexo Braquial.

Con un porcentaje del 30% de discapacidad de acuerdo al índice de Barthel, con un pronóstico malo.

El paciente acude a terapias tres días por semana a la UBR (Unidad Básica de Rehabilitación) en Comala, Colima.

"2022 AÑO DE LA ESPERANZA"

Se extiende la presente para los fines que al interesado convenga.

Comala, Col. a 29 de Junio de 2022

**Yesua Fernando Rosales Miranda**  
**FISIOTERAPEUTA**

---









**UNIDAD BASICA DE REHABILITACION COMALA**

**UBR COMALA**

**HOJA DE PRESENTACION EN EXPEDIENTE**

Fecha \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ COMUNIDAD \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

UNIDAD DE REFERENCIA \_\_\_\_\_

MEDICO TRATANTE \_\_\_\_\_

NUMERO DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_ DX. \_\_\_\_\_

No. DE SESIONES \_\_\_\_\_ FRECUENCIA \_\_\_\_\_ DIAS DE SESION \_\_\_\_\_

INICIO DE TRATAMIENTO \_\_\_\_\_ ALTA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FISIOTERAPEUTA A CARGO

\_\_\_\_\_

TRABAJADORA SOCIAL DE APOYO

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





# UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN COMALA

## ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN ESTA VIVIENDA? \_\_\_\_\_

¿NOMBRE DEL JEFE(A) DE FAMILIA? \_\_\_\_\_

¿RECIBE INGRESOS ADICIONALES?  PENSION  OPORTUNIDADES  70 Y MAS  REMESAS  OTROS \_\_\_\_\_

¿A CUÁL SERVICIO MÉDICO ASISTEN?  IMSS  ISSSTE  SEGURO POPULAR  SEDENA  
 PEMEX  SEGURO PRIVADO  ARMADA / MARINA  NO TIENE

¿QUÉ TIPO DE DISCAPACIDAD TIENEN?  MUSCULO ESQUELETICA  AUDITIVA  VISUAL  
 INTELECTUAL  NEUROMOTORA  OTRA \_\_\_\_\_

¿CAUSA DE LA DISCAPACIDAD?  ACCIDENTE  COGNITIVA  GENETICA

### 3.-SITUACIÓN ECONÓMICA

#### GASTO FAMILIAR

ALIMENTACIÓN \$ \_\_\_\_\_ SALUD \$ \_\_\_\_\_ OTROS \$ \_\_\_\_\_

EDUCACIÓN \$ \_\_\_\_\_ SERVICIOS PÚBLICOS \$ \_\_\_\_\_

TRANSPORTE \$ \_\_\_\_\_ VIVIENDA (RENTA) \$ \_\_\_\_\_

#### ALIMENTACIÓN. - QUE ALIMENTOS CONSUME LA FAMILIA REGULARMENTE:

DESAYUNO: \_\_\_\_\_

COMIDA: \_\_\_\_\_

CENA: \_\_\_\_\_

### 4.- VIVIENDA

TIPO DE VIVIENDA  PROPIA  RENTADA  PRESTADA  PAGANDOLA

SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA:  LUZ  GAS  DRENAJE  AGUA  TELEFONO

OTROS \_\_\_\_\_

MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN PAREDES \_\_\_\_\_ TECHO \_\_\_\_\_ PISO \_\_\_\_\_

ESPACIOS DEL HOGAR  SALA  COCINA  COMEDOR  BAÑO  RECAMARAS (para dormir) ¿CUANTAS? \_\_\_\_\_

### 5.- SALUD DEL BENEFICIARIO (A)

DIAGNÓSTICO MÉDICO: \_\_\_\_\_

RECIBE ATENCIÓN MÉDICA: SI NO DONDE: \_\_\_\_\_



# UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN COMALA

## ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

¿QUÉ TIPO DE DISCAPACIDAD TIENE?  
(SI EXISTE)

MUSCULO ESQUELETICA

AUDITIVA

VISUAL

INTELECTUAL

NEUROMOTORA

OTRA

¿CAUSA DE LA DISCAPACIDAD?

ACCIDENTE

CONGÉNITA

GENÉTICA

PADECIMIENTO ACTUAL:

---

---

---

### 6.- EVALUACIÓN GENERAL

DIAGNÓSTICO SOCIAL

---

---

---

---

---

---

---

---

Me manifiesto sabedor y conforme, de que la información proporcionada supra líneas, será utilizada para efectos estadísticos en el banco de datos sobre asistencia social, conformado por el Sistema Estatal de Información de Gestión Social (SIGES).

\_\_\_\_\_  
Nombre del Solicitante y Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Trabajador (a) Social  
Elaboró



## TAMIZAJE RESPIRATORIO

CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS			
Fecha de aplicación:			
Nombre del usuario:			
Nombre de responsable de la realización del filtro:			
En los últimos siete días, ha tenido alguno de los siguientes síntomas:			
	SÍNTOMA	SI	NO
	1. Fiebre.		
	2. Tos/estornudos.		
	3. Cefalea (dolor de cabeza).		
	4. Malestar general.		
	5. Dificultad para respirar.		
En los últimos 14 días ha convivido con casos sospechosos o confirmados de COVID-19			
	SI	NO	
			Firma de quién realizó el filtro

Fuente: Lineamiento general para la mitigación y prevención de COVID-19 en espacios públicos cerrados, Gobierno de México, 2020.