
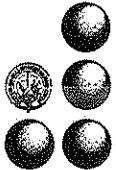


**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y  
NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

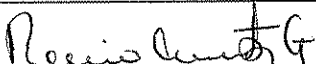
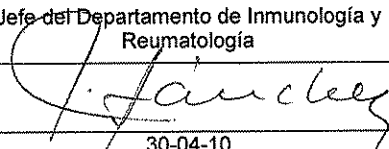
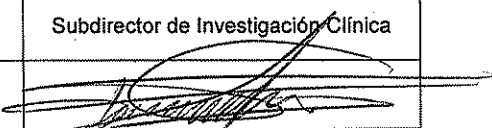
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE  
FISIOTERAPIA**


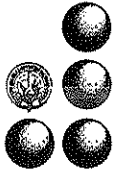
**ABRIL 2010**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 00
	<b>Índice</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 7

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>I. OBJETIVO DEL MANUAL</b>	<b>3</b>
<b>II. MARCO JURÍDICO</b>	<b>4</b>
<b>III. PROCEDIMIENTOS PARA:</b>	
1. OTORGAR LA PRECONSULTA A PACIENTES DE PRIMERA VEZ	
2. REALIZAR LA VALORACIÓN Y TRATAMIENTO A LOS PACIENTES DE FISIOTERAPIA	
<b>AUTORIZACIÓN</b>	


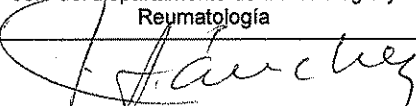
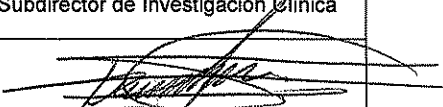
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocio Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10


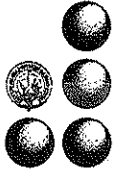
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 00
	<b>Introducción</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 7

## INTRODUCCIÓN

La importancia del Manual de Procedimientos consiste en describir la secuencia lógica y cronológica de las distintas operaciones o actividades relacionadas, señalando quién, cómo, cuándo, dónde y para que han de realizarse.

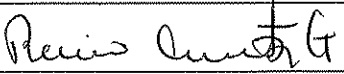
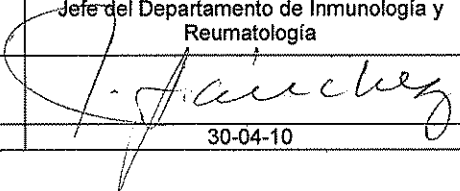
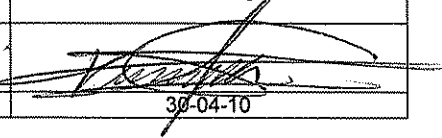
La finalidad de describir procedimientos, es la de uniformar y documentar las acciones que se realizan en las diferentes áreas del Instituto y orienten a los responsables de su ejecución en el desarrollo de sus actividades.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 00
	<b>Objetivo</b>		<b>HOJA:</b> 3 <b>DE:</b> 7

## I. OBJETIVO DEL MANUAL

Precisar la secuencia lógica de los pasos de que se compone cada uno de los procedimientos, así mismo, precisar la responsabilidad operativa del personal en cada área de trabajo y describir gráficamente los flujos de las operaciones y servir como medio de integración y orientación para el personal de nuevo ingreso, facilitando su incorporación a su área de trabajo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
<b>Cargo-puesto:</b>	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 00
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 7

## II. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y reformas y adiciones.  
D. O. F. 5-II-1917

### LEYES

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.  
D.O.F 29-XII-1976 y Reformas.

Ley General de Salud.  
D.O.F 7-II-1984 y Reformas.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.  
D.O.F 14-V-1986 y Reformas.

Ley Federal sobre Metrología y Normalización.  
D.O.F. 1-VII- 1992 y Reformas.

Ley para el Fomento de la Investigación Científica y Tecnológica.  
D.O.F. 21-V-1999.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.  
D.O.F. 26-V-2000 y Reformas.

Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.  
D.O.F. 13-III-2002.

Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.  
D.O.F. II-VI-2002.

### REGLAMENTOS



Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.  
D.O.F 14-V-1986.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.  
D.O.F. 06-IV-1987.

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.  
D.O.F. 07-IV-1999.

Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.  
D.O.F 11-VI-2003.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 00
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 7

**PLANES Y PROGRAMAS**

Plan Nacional de Desarrollo 2008-2012.  
D.O.F. 31-V-2008.

Programa Sectorial de Salud 2007-2012.  
D.O.F. 21-I-2008.

Programa Nacional de Combate a la Corrupción y Fomento a la Transparencia y el Desarrollo Administrativo 2000-2006.  
D.O.F. 22-IV-2002.

Programa Especial de Ciencia y Tecnología 2008-2012  
D.O.F. 16-XII-2008.

**NORMAS OFICIALES MEXICANAS**

Norma Oficial Mexicana NOM-166-SSA-1997. Para la organización y funcionamientos de los laboratorios clínicos.  
D.O.F. 13-I-2000.

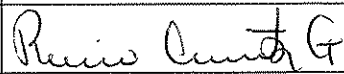
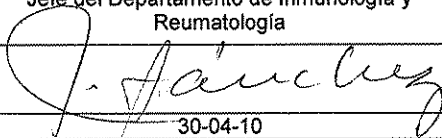

Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOLSSA1-2002, Protección ambiental, salud ambiental, residuos peligrosos biológicos infecciosos, clasificación y especificaciones de manejo.  
D.O.F. 17-II-2003


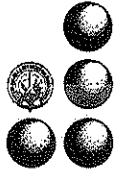
Norma Oficial Mexicana NOM-028-STPS-2004, Organización del trabajo, seguridad en los procesos de sustancias químicas.  
D.O.F. 14-I-2005

Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSAI-200, Salud ambiental índices biológicos de exposición para el personal ocupacionalmente expuesto a sustancias químicas.  
D.O.F. 14-VII-2009

Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo-funciones y actividades.  
D.O.F. 23-XII-2009

Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades, aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.  
D.O.F. 11-05-2005.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 00
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 7

Proyecto de modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-005-STPS-1198, Relativa a las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo para el manejo, transporte y almacenamiento de sustancias químicas peligrosas, para quedar como PROY-NOM-005-STPS-2004, manejo de sustancias químicas peligrosas-condiciones y procedimientos de seguridad y salud en los centros de trabajo.

D.O.F. 30-VI-2008.

#### OTRAS DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

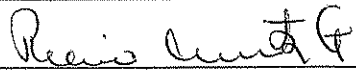
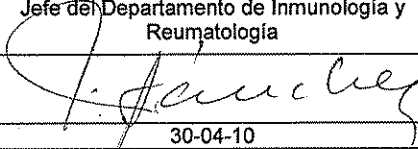
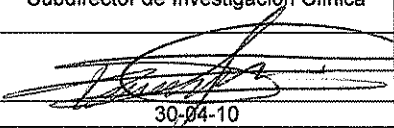
Fecha de autorización: 20-X-2009


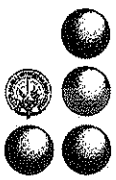
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Fecha de autorización: 20-X-2009

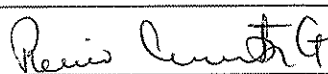
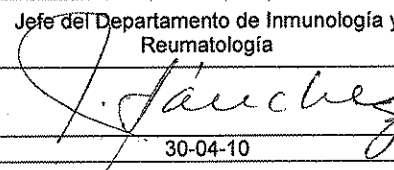
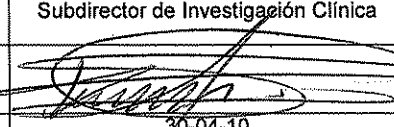
Guía para la elaboración de Manuales de Procedimientos de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud 2008.

Guía Interna para la Elaboración y Actualización de Manuales Administrativos 2009.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
<b>Cargo-puesto:</b>	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 00
	<b>Procedimientos</b>		<b>HOJA:</b> 7 <b>DE:</b> 7

### III. PROCEDIMIENTOS PARA:


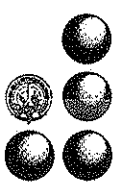
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
<b>Cargo-puesto:</b>	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	30-04-10	30-04-10	30-04-10



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 00
	<b>1. Otorgar la Preconsulta a Pacientes de Primera Vez</b>		<b>HOJA:</b> 1
			<b>DE:</b> 9

## 1. OTORGAR LA PRECONSULTA A PACIENTES DE PRIMERA VEZ

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 00
	<b>1. Otorgar la Preconsulta a Pacientes de Primera Vez</b>		<b>HOJA:</b> 2
			<b>DE:</b> 9

## 1.0 PROPÓSITO

Proporcionar la atención fisioterapéutica a los Pacientes con alguna discapacidad física una vez confirmado el diagnóstico mediante la preconsulta.

## 2.0 ALCANCE

**A Nivel Interno:** Este procedimiento aplica a todas las áreas Médicas del Instituto y Servicio de Fisioterapia.

**A Nivel Externo:** Este procedimiento aplica a Pacientes.


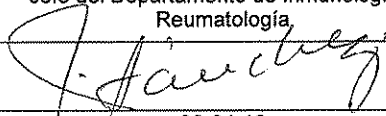
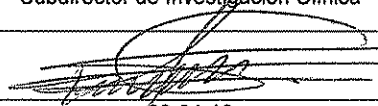
## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS


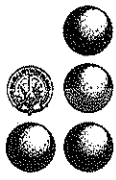
### DE LA PRECONSULTA EN FISIOTERAPIA

1. El Médico Especialista remite con una solicitud para la atención en el servicio de Fisioterapia al Paciente con un diagnóstico que a corto plazo requiera fisioterapia para obtener su consulta.
2. La Secretaria de Fisioterapia es responsable de recibir las solicitudes de tratamiento de fisioterapia de los Pacientes en un horario de Lunes a Viernes de 9:00 a 18:00 hrs.
3. La Secretaria es responsable de anotar en la solicitud de tratamiento de fisioterapia el número de teléfono de Paciente a fin de notificarle la fecha y hora de su cita.
4. La Secretaria es la responsable de notificar al Paciente vía telefónica que el día de su cita debe presentarse con ropa cómoda 15 minutos antes.

### DE LA PRECONSULTA EN HOSPITALIZACIÓN.

7. El Médico Residente de los sectores de Hospitalización es el encargado de entregar en el Servicio de Fisioterapia la solicitud para la interconsulta.
8. El Coordinador de Fisioterapia revisa la solicitud de interconsulta a fin de determinar mediante la edad y el diagnóstico del Paciente quien será el responsable de revisar el caso. Si se trata de un Paciente de más de 60 años el Geriatra es el responsable de otorgar la consulta, siempre y cuando el diagnóstico sea de su competencia. Tratándose de Pacientes menores de 60 años el responsable de otorgar la consulta es el Fisioterapeuta.
9. Los Fisioterapeutas son responsables de otorgar la interconsulta en Hospitalización de lunes a viernes de 13:00 a 15:00 hrs, previa revisión del expediente clínico del Paciente. Tratándose de Pacientes que se les realizan diálisis o hemodiálisis, los Fisioterapeutas los revisan de preferencia antes de que se realice su tratamiento.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

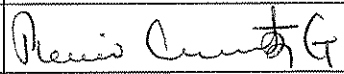
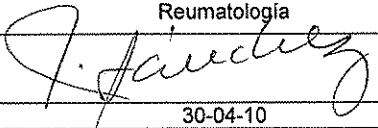
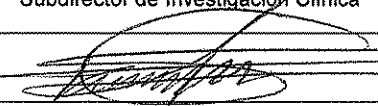
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 00
	<b>1. Otorgar la Preconsulta a Pacientes de Primera Vez</b>		<b>HOJA:</b> 3 <b>DE:</b> 9


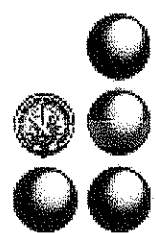
10. Los Gericultistas se dividen para otorgar la interconsulta ya que uno de ellos es responsable del sector de Geriatría por dos meses dentro de Hospitalización.
11. La Secretaria es responsable de recibir la solicitud y con la asesoría del Coordinador del Servicio de Fisioterapia designan al Fisioterapeuta y/o Gericultista que valorara al Paciente.

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

##### 4.1 OTORGAR LA PRECONSULTA EN FISIOTERAPIA

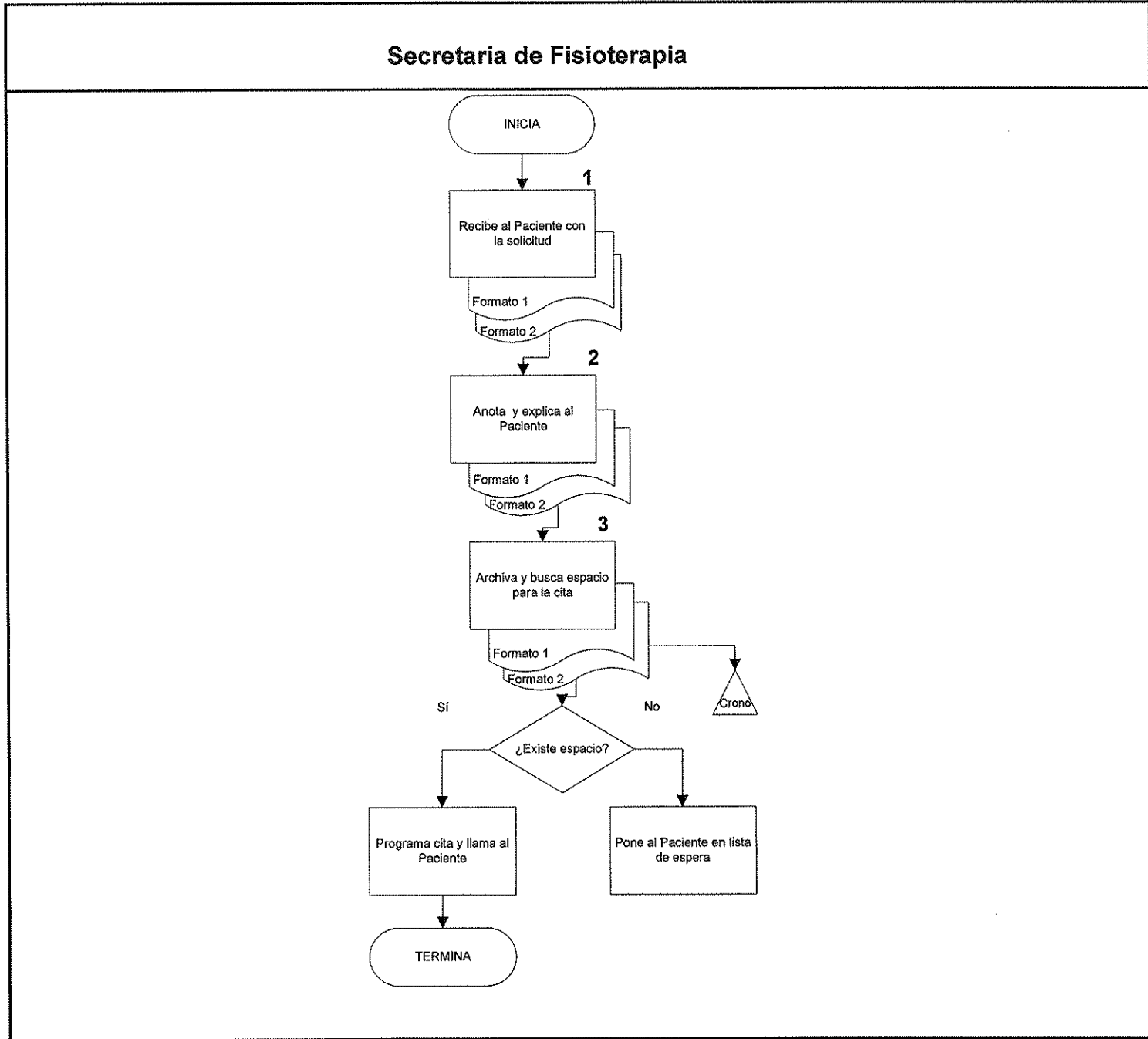
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Secretaria de Fisioterapia	1	Recibe al Paciente con la solicitud del servicio de Fisioterapia <b>(Formato 1) (Política 2)</b>
Secretaria de Fisioterapia	2	Anota el teléfono y explica al Paciente que se le dará la fecha de su cita de valoración vía telefónica. <b>(Política 3)</b>
Secretaria de Fisioterapia	3	Archiva la solicitud del Paciente y busca espacio para la cita.  ¿Existe espacio para la cita?  Si: Programa su cita y le llama al Paciente por teléfono.  No: Lo pone en lista de espera.  <b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

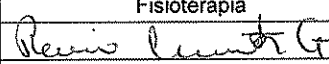
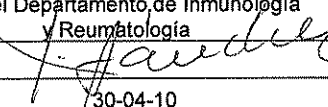
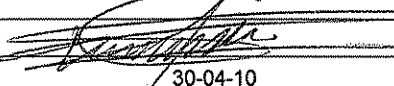
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		CÓDIGO: M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		REV: 00
	<b>1. Otorgar la Preconsulta a Pacientes de Primera Vez</b>		HOJA: 4 DE: 9



## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

### 5.1 OTORGAR LA PRECONSULTA EN FISIOTERAPIA



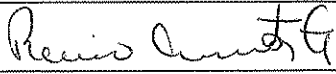
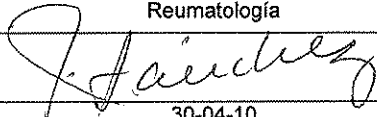
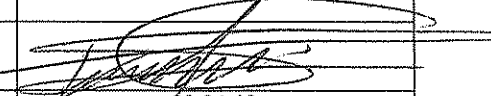
### CONTROL DE EMISIÓN


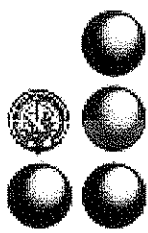
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	L.T.F. Rocio Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 00
	<b>1. Otorgar la Preconsulta a Pacientes de Primera Vez</b>		<b>HOJA:</b> 5
			<b>DE:</b> 9

#### 4.2 OTORGAR LA PRECONSULTA EN HOSPITALIZACIÓN

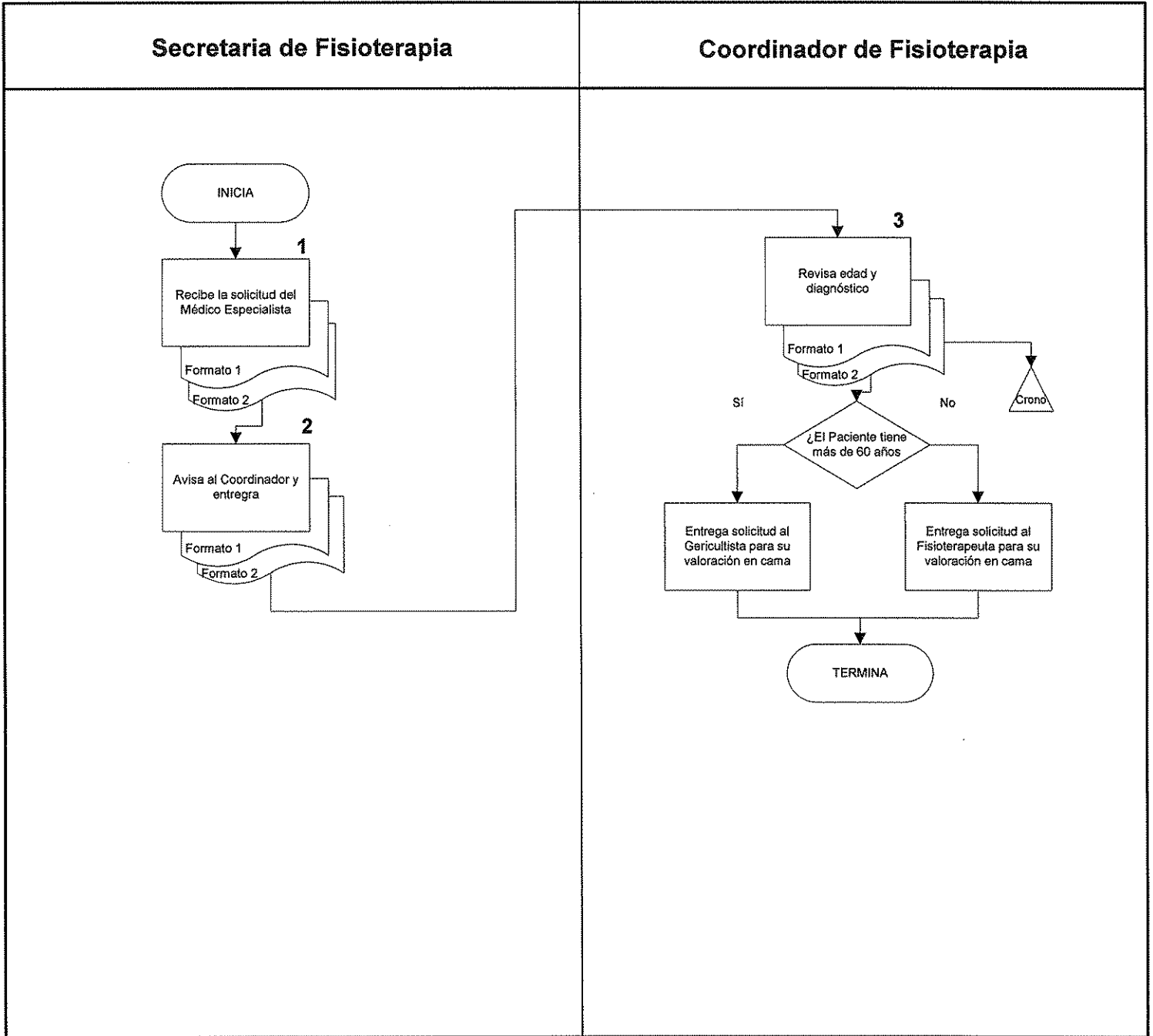
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Secretaria de Fisioterapia	1	Recibe la solicitud del Paciente Hospitalizado del Médico Especialista <b>(Formato 1) (Política 11)</b>
Secretaria de Fisioterapia	2	Avisa al Coordinador de Fisioterapia y le entrega la solicitud.
Coordinador de Fisioterapia	3	Revisa la edad y el probable diagnóstico del Paciente. <b>(Política 8)</b>  ¿El Paciente tiene más de 60 años?  Si: Entrega la solicitud al Geriatrista para su valoración en cama.  No: Entrega la solicitud al Fisioterapeuta para su valoración en cama  <b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>

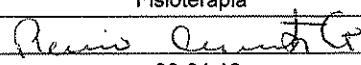
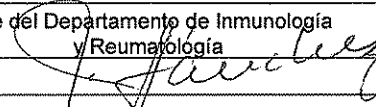

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10


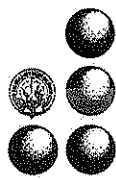
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 00
	<b>1. Otorgar la Preconsulta a Pacientes de Primera Vez</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 9

**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**

**5.2 OTORGAR LA PRECONSULTA EN HOSPITALIZACIÓN**



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
<b>Nombre:</b>	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
<b>Cargo-puesto:</b>	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 00
	<b>1. Otorgar la Preconsulta a Pacientes de Primera Vez</b>		<b>HOJA:</b> 7 <b>DE:</b> 9

## 6.0 REGISTRO

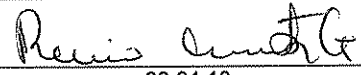
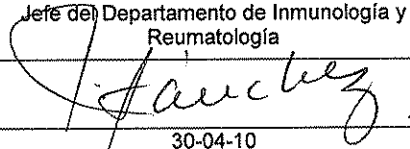
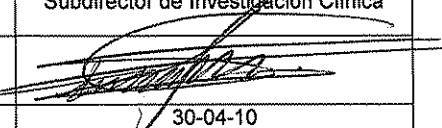
Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Formato 1 Solicitud para la atención en el servicio de Fisioterapia. (Original)	5 años	Original Secretaria de Fisioterapia	FE0507


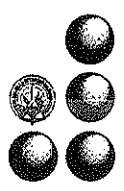
## 7.0 GLOSARIO

- 7.1 Diálisis** Procedimiento paramédico invasivo que con el fin de remover sustancias sanguíneas no filtradas por el riñón, se realiza mediante un catéter en cavidad abdominal o en la vía sanguínea.
- 7.2 Fisioterapia** Utilización de diversos agentes físicos y mecánicos con fines terapéuticos.
- 7.3 Geriatría** Es la rama de la medicina que se encarga de los procedimientos médicos y patológicos en los adultos mayores.
- 7.4 Hemodiálisis** Igual a Diálisis
- 7.5 Interconsulta** Acción clínica de un especialista llamado para dar su opinión en su área de conocimiento

## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

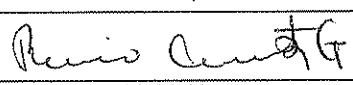
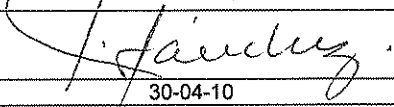
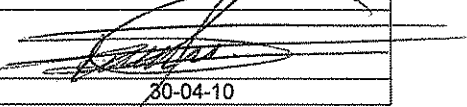
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 00
	<b>1. Otorgar la Preconsulta a Pacientes de Primera Vez</b>		<b>HOJA:</b> 8
			<b>DE:</b> 9

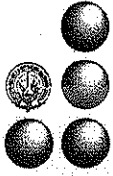
## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

### FORMATO 9.1: SOLICITUD PARA LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE FISIOTERAPIA.

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre	El nombre completo del Paciente
2	Expediente N°	El número de registro del Paciente
3	Sexo: (M) (F)	Elegir (M) si es Masculino o (F) Femenino según sea el caso
4	Edad:	La edad del Paciente
5	Cama	El número de cama en hospitalización
6	C. E.	Si el Paciente viene de Consulta Externa
7	Diagnóstico probable:	El Padecimiento aun no determinado o referido.
8	Motivo de la solicitud de Tratamiento	Motivo de la solicitud al Servicio de Fisioterapia
9	Fecha	Fecha en que se realiza la solicitud
10	Médico que solicita	Nombre del Médico que solicita el servicio
11	Prescripción	Observaciones del Médico que refiere al Paciente
12	Firma	Firma del Médico que refiere al Paciente

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10





INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGÍA Y REUMATOLOGÍA  
SOLICITUD PARA LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE FISIOTERAPIA

CÓDIGO:	M.P./0.6.1.2.1
REV:	00
HOJA:	9
DE:	9

Nombre: \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ Expediente No. \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ C.E. \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

Diagnostico probable \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

Motivo de la solicitud de Tratamiento \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_ Médico que Solicita: \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_


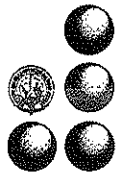
PRESCRIPCIÓN (PARA SER LLENADO SOLAMENTE POR LOS CONSULTORES)

11

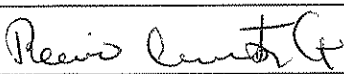
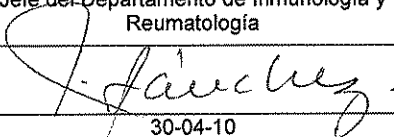
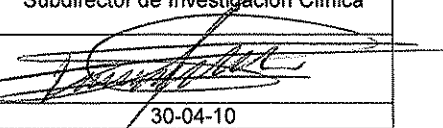
**CANCELADO**

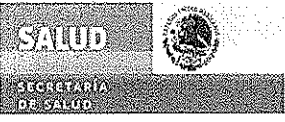

12

Firma

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 1
			<b>DE:</b> 44

## 2. REALIZAR LA VALORACIÓN Y TRATAMIENTO A LOS PACIENTES DE FISIOTERAPIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 44

## 1.0 PROPÓSITO

Valorar a los Pacientes una vez que han sido diagnosticados para otorgarles un tratamiento o programa de rehabilitación.

## 2.0 ALCANCE


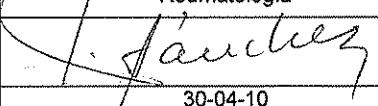
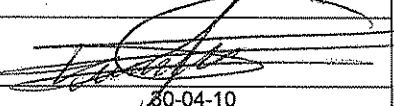
**A Nivel Interno:** Este procedimiento aplica a todas las áreas Médicas del Instituto y Servicio de Fisioterapia.


**A Nivel Externo:** Este procedimiento aplica a Pacientes.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### DE LA VALORACIÓN EN FISIOTERAPIA

1. La Secretaria de Fisioterapia es la responsable de llamar telefónicamente a los Pacientes para que acudan a la valoración en el Servicio de Fisioterapia.
2. Los Fisioterapeutas y los Gericultistas otorgan la valoración en el Servicio de Fisioterapia en un horario de Lunes a Viernes de 7:00 a 20:00 hrs.
3. El Coordinador del Servicio de Fisioterapia es el responsable de explicar al Paciente el consentimiento informado requerido para la valoración del mismo y de obtener la firma correspondiente.
4. El Fisioterapeuta o Gericultista le pide al Paciente que pase a los consultorios del Servicio de Fisioterapia para que le realice la valoración y la historia clínica correspondiente.
5. El Fisioterapeuta o Gericultista en base al diagnóstico previamente obtenido del Paciente, realiza la valoración física y verbal y determina el objetivo y tratamiento a realizar.
6. Los Fisioterapeutas o Gericultistas darán diez sesiones de tratamiento como máximo, sólo en casos excepcionales, se darán más de diez sesiones debido a la demanda que se presenta en el Servicio.
7. El Fisioterapeuta o Gericultista integra el expediente interno del Paciente, para anotar la realización de la valoración. Este expediente interno es de uso exclusivo del Servicio de Fisioterapia y contiene la valoración específica de Fisioterapia, la Historia clínica, los objetivos y tratamiento a seguir del Paciente.
8. El Fisioterapeuta o Gericultista consulta el expediente clínico del Paciente para poder complementar el expediente interno del Servicio de Fisioterapia.
9. El Fisioterapeuta o Gericultista explica al Paciente el tratamiento a seguir y lo remite con la Secretaria de Fisioterapia. Si el tratamiento es menor de diez sesiones el Fisioterapeuta o Gericultista explica al Paciente el porqué no requiere de diez sesiones.
10. La Secretaria de Fisioterapia otorga por escrito el horario de consultas subsecuentes y la ficha de pago del

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocio Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 3
			<b>DE:</b> 44

Paciente, y le indica que regrese una vez que haya realizado el pago con la copia del recibo.

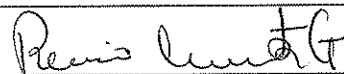
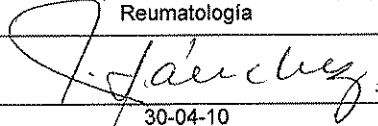
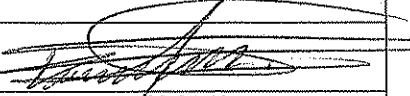
- El Paciente, una vez que realiza el pago, acude al Servicio de Fisioterapia con la Secretaria y ésta anota en bitácora de control.


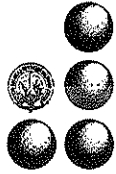
#### DE LA VALORACIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

- Los Fisioterapeutas y los Gericultistas otorgan la valoración en el Servicio de Fisioterapia en un horario de Lunes a Viernes de 13:00 a 15:00 hrs.
- El Médico de cada sector de hospitalización es el responsable de entregar en el Servicio de Fisioterapia, las solicitudes para la valoración de Pacientes.
- Los Fisioterapeutas y los Gericultistas, una vez que el Coordinadora de Fisioterapia les otorga la solicitud de interconsulta, acuden a hospitalización de camas censables y no censables para realizarles la valoración.
- Los Fisioterapeutas y los Gericultistas, realizan la valoración física y verbal a los Pacientes y en caso de que éstos se encuentren en estado de delirium o bajo algún tipo de sedante, únicamente se les valorará físicamente.
- Los Fisioterapeutas o Gericultistas darán sesiones de tratamiento hasta que el Paciente permanezca hospitalizado o en su defecto si el tratamiento lo puede realizar el familiar, sólo se otorgarán tres sesiones con capacitación al familiar.
- Los Fisioterapeutas y los Gericultistas explican al Paciente el consentimiento informado requerido para la valoración del mismo y obtienen la firma correspondiente.
- La Secretaria de Fisioterapia es la responsable de enviar a la Coordinación de Cuentas Corrientes de Pacientes Hospitalizados las fichas de pago de las valoraciones de cada Paciente, para que sea cargado a la cuenta del Paciente hospitalizado.
- El Fisioterapeuta o Gericultista integra el expediente interno del Paciente, para anotar la realización de la valoración. Este expediente interno es de uso exclusivo del Servicio de Fisioterapia y contiene la valoración específica de Fisioterapia, la Historia clínica, los objetivos y tratamiento a seguir del Paciente.
- El Fisioterapeuta o Gericultista anota en el expediente clínico del Paciente las indicaciones que deberán seguir el personal médico a cargo del Paciente.


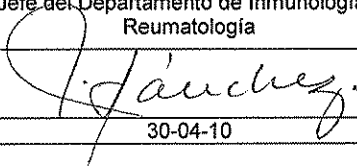
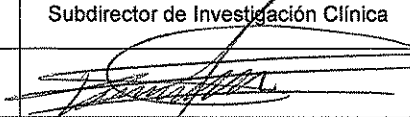
#### DEL TRATAMIENTO A LOS PACIENTES DE FISIOTERAPIA


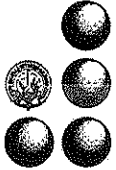
- El Paciente llega con su recibo de pago al Servicio de Fisioterapia y se reporta con la Secretaria de Fisioterapia.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 44

22. La Secretaria de Fisioterapia informa al Fisioterapeuta o Gericultista que el Paciente ha llegado y anota en la bitácora de control.
23. El Fisioterapeuta o Gericultista acude a recibir al Paciente y lo pasa al consultorio correspondiente.
24. El Fisioterapeuta o Gericultista valoran si es necesario la ayuda del Auxiliar de Fisioterapia, considerando el padecimiento del Paciente y si tiene o no movilidad.
25. El Fisioterapeuta o Gericultista otorga el tratamiento y entrega el programa de ejercicios por escrito al Paciente o familiar.
26. El Paciente acude con la Secretaria para que le entregue la ficha de pago para la sesión siguiente.
27. El Fisioterapeuta o Gericultista, una vez que ha concluido el tratamiento y ha cumplido los objetivos da de alta al Paciente y realiza una anotación en el expediente interno del Servicio y envía una hoja con toda la información al Departamento de Estadística y Archivo Clínico para que sea integrada al expediente clínico.
28. El Fisioterapeuta o Gericultista, una vez que el Paciente ha sido dado de alta en hospitalización, y requiere de más sesiones de tratamiento, se le cita de manera externa en el Servicio de Fisioterapia.
29. El Fisioterapeuta o Gericultista realiza el tratamiento a los Pacientes hospitalizados en camas censables o no censables, en caso de que el Paciente pueda moverse por sí sólo el tratamiento se otorga en el Servicio de Fisioterapia con la ayuda de los Auxiliares de Fisioterapia.
30. La Secretaria de Fisioterapia es la responsable de entregar a la Sección de Cuentas Corrientes de Pacientes Hospitalizados, la ficha de pago por las sesiones de tratamiento otorgadas a los Pacientes hospitalizados en camas censables y no censables.

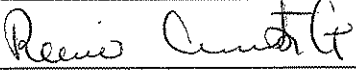
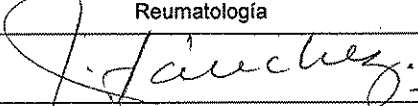
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 5
			<b>DE:</b> 44

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

##### 4.1 REALIZAR LA VALORACIÓN EN FISIOTERAPIA

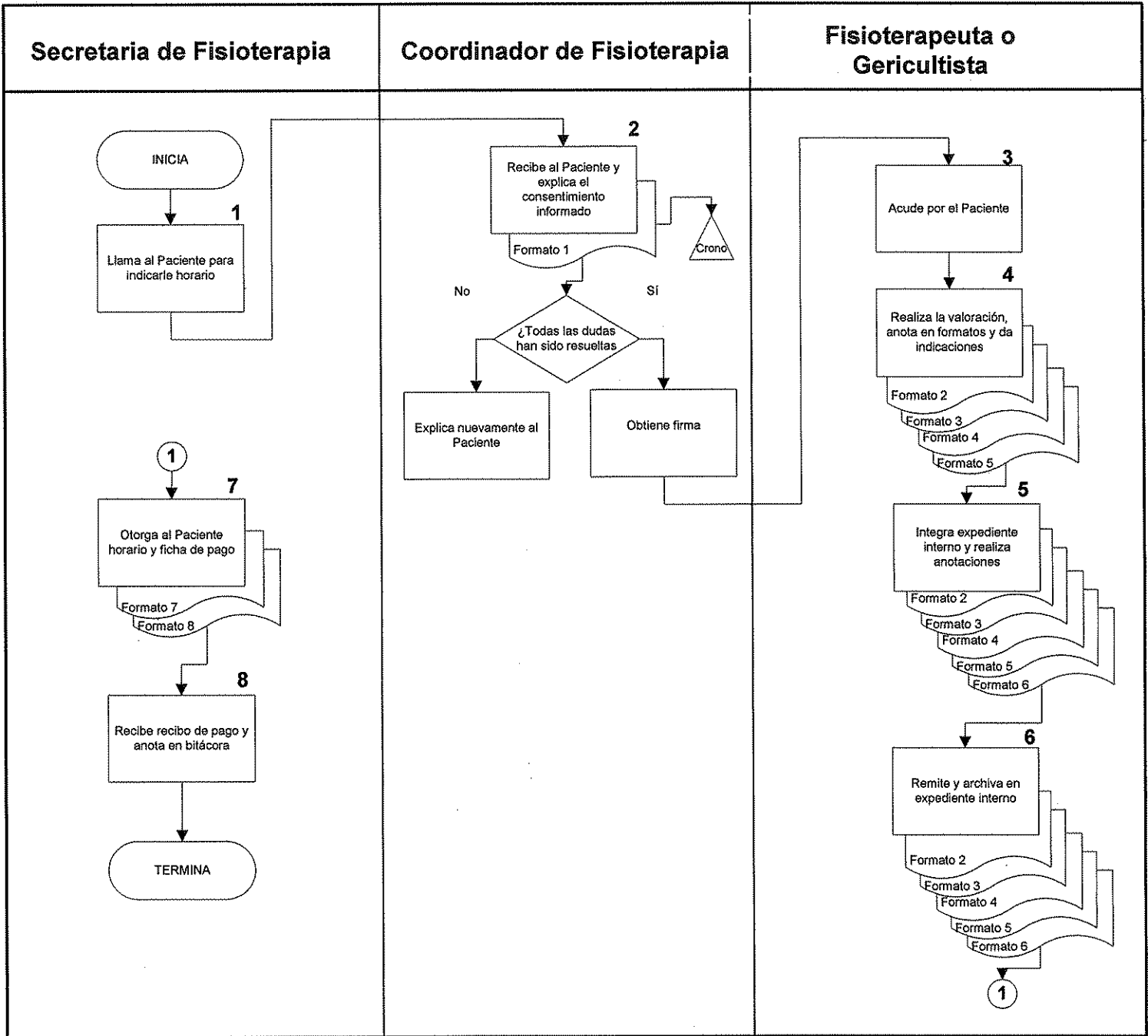
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Secretaria de Fisioterapia	1	Llama telefónicamente al Paciente para indicarle el horario en que deberá presentarse ( <b>Política 1</b> )
Coordinador del Servicio de Fisioterapia	2	<p>Recibe al Paciente y le explica el consentimiento informado (<b>Formato 1</b>) hasta que todas las dudas del Paciente hayan sido resueltas. (<b>Política 3</b>)</p> <p>¿Todas las dudas han sido resueltas?</p> <p>Sí: Obtiene la firma del consentimiento informado.</p> <p>No: Explica nuevamente al Paciente.</p>
Fisioterapeuta o Gericultista	3	Acude por el Paciente y le informa a que consultorio pasar para la realización de la valoración. ( <b>Política 4</b> )
Fisioterapeuta o Gericultista	4	Realiza la valoración física y verbal al Paciente, anota en formato correspondiente ( <b>Formato 2, 3, 4 y 5</b> ) y le indica el número de sesiones, los objetivos y tratamiento a seguir. ( <b>Política 5, 6 y 7</b> )
Fisioterapeuta o Gericultista	5	Integra el expediente interno del Paciente con el apoyo del expediente clínico del Paciente y realiza las anotaciones pertinentes en el formato clínico ( <b>Formato 6</b> ) ( <b>Política 19</b> ).
Fisioterapeuta o Gericultista	6	Remite al Paciente con la Secretaria de Fisioterapia. ( <b>Política 9</b> )
Secretaria de Fisioterapia	7	Otorga al Paciente el horario de consultas subsecuentes ( <b>Formato 7</b> ) y la ficha de pago ( <b>Formato 8</b> ) y le indica que realice el pago y regrese nuevamente con ella. ( <b>Política 10</b> )
Secretaria de Fisioterapia	8	Recibe el recibo de pago del Paciente y anota en la bitácora de control. ( <b>Política 11</b> )
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

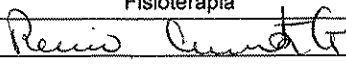
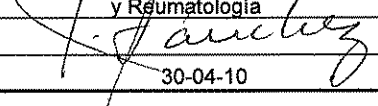
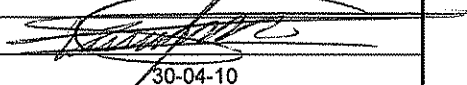
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 00
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 6
			<b>DE:</b> 44

**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**

**5.1 REALIZAR LA VALORACIÓN EN FISIOTERAPIA**

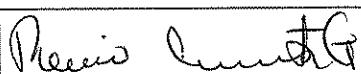
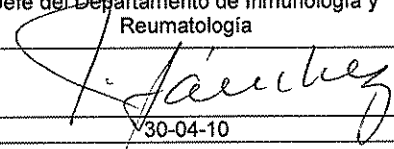
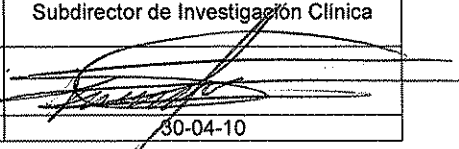


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
<b>Nombre:</b>	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
<b>Cargo-puesto:</b>	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 7 <b>DE:</b> 44

#### 4.2 REALIZAR LA VALORACIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Secretaria de Fisioterapia	1	Recibe de los Médicos de cada sector de hospitalización las solicitudes para la valoración de Pacientes en camas censables y no censables. <b>(Política 13)</b> y entrega al Coordinador del Servicio de Fisioterapia.
Coordinador del Servicio de Fisioterapia	2	Recibe y entrega la solicitud a los Fisioterapeutas o Gericultistas para la valoración de los Pacientes hospitalizados. <b>(Política 14)</b> .
Fisioterapeuta o Gericultista	3	Recibe y acude a la cama del Paciente y explica el consentimiento informado <b>(Formato 1)</b> hasta que todas las dudas del Paciente hayan sido resueltas. <b>(Política 17)</b>  ¿Todas las dudas han sido resueltas?  Sí: Obtiene la firma del consentimiento informado.  No: Explica nuevamente al Paciente
Fisioterapeuta o Gericultista	4	Realiza la valoración física y/o verbal, para determinar el tipo de tratamiento y objetivos a seguir durante la estancia del Paciente.  ¿El tratamiento lo puede realizar el familiar?  Sí: Realizan tres sesiones de enseñanza al familiar y se da de alta del Servicio.  No: Realiza el tratamiento inicial, anota en formato correspondiente <b>(Formato 2, 3, 4 y 5)</b> y sigue el tratamiento hasta que el Paciente sea dado de alta. <b>(Política 16)</b>
Fisioterapeuta o Gericultista	5	Integra el expediente interno del Paciente con el apoyo del expediente clínico del Paciente y realiza las anotaciones pertinentes en el formato clínico <b>(Formato 6)</b> . <b>(Política 7 y 8)</b>
Fisioterapeuta o Gericultista	6	Anota en el expediente clínico del Paciente las indicaciones para el personal médico encargado del Paciente. <b>(Política 20)</b>  <b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>

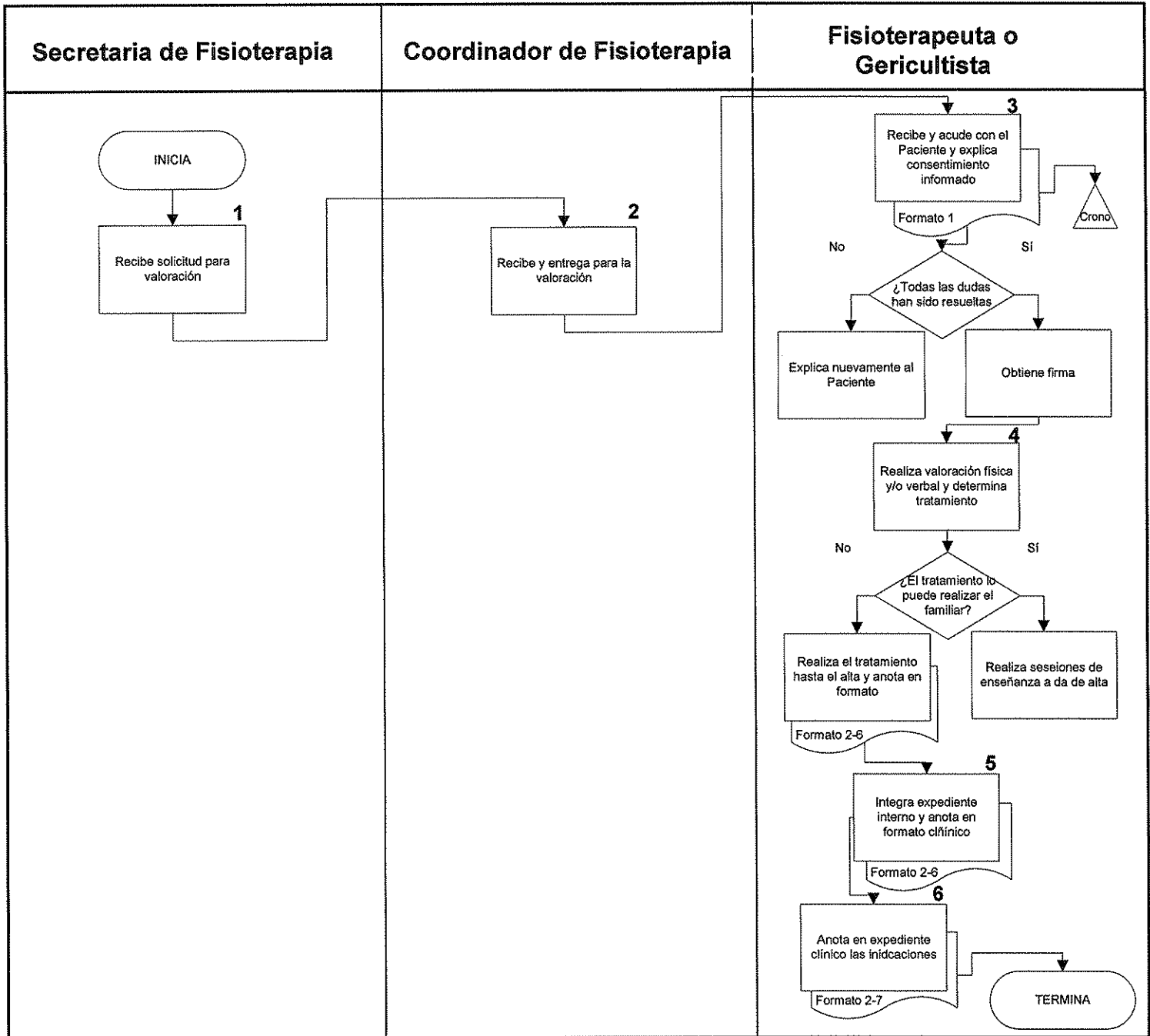
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10




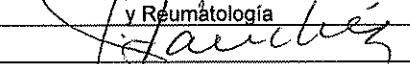
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 00
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 8
			<b>DE:</b> 44

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

### 5.2 REALIZAR LA VALORACIÓN EN HOSPITALIZACIÓN



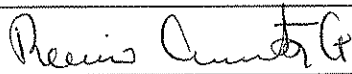
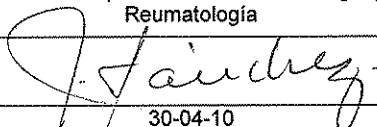
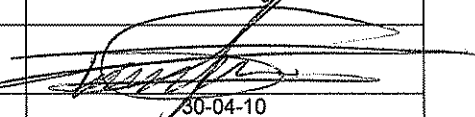
### CONTROL DE EMISIÓN


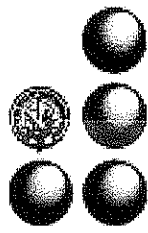
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
<b>Nombre:</b>	L.T.F. Rocio Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
<b>Cargo-puesto:</b>	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 9
			<b>DE:</b> 44

#### 4.3 REALIZAR EL TRATAMIENTO A LOS PACIENTES DE FISIOTERAPIA

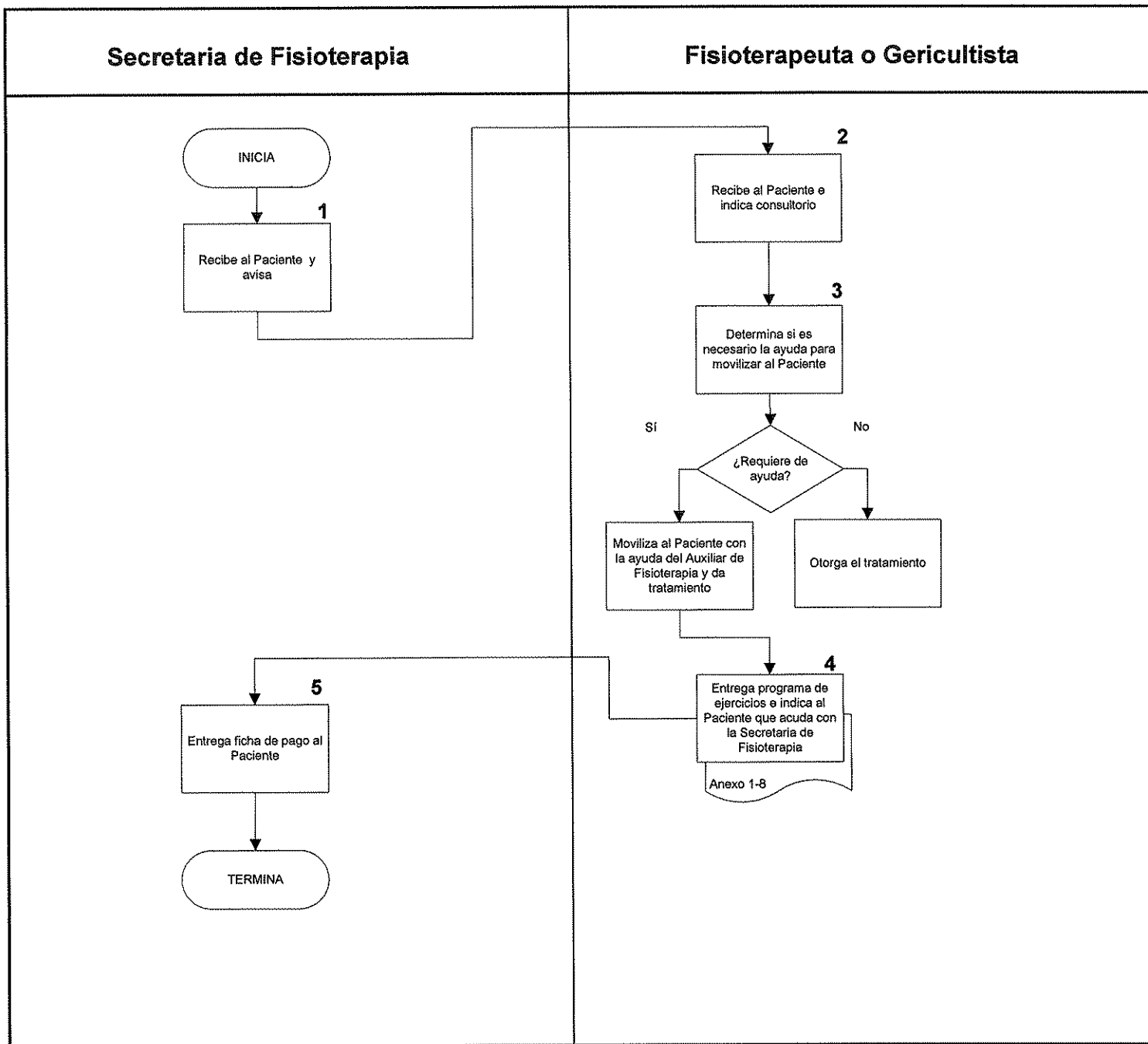
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Secretaria de Fisioterapia	1	Recibe al Paciente con su recibo de pago y avisa al Fisioterapeuta o Gericultista encargado de la llegada de éste. <b>(Política 21)</b> .
Fisioterapeuta o Gericultista	2	Recibe al Paciente y le indica a que consultorio se dirija.
Fisioterapeuta o Gericultista	3	Determina si es necesaria la ayuda del Auxiliar de Fisioterapia para movilizar al Paciente. <b>(Política 24)</b>  ¿Requiere de ayuda?  Sí: Moviliza al Paciente con la ayuda del Auxiliar de Fisioterapia y otorga el tratamiento.  No: Otorga el tratamiento al Paciente. <b>(Política 25)</b>
Fisioterapeuta o Gericultista	4	Entrega el programa de ejercicios <b>(Anexo 1-8)</b> por escrito al Paciente o familiar y le indica que acuda con la Secretaria de Fisioterapia. <b>(Política 25)</b>
Secretaria de Fisioterapia	5	Entrega la ficha de pago <b>(Formato 7)</b> de la sesión siguiente al Paciente. <b>(Política 26)</b>
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

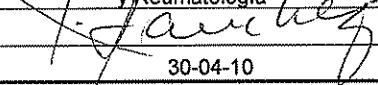
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 00
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 10
			<b>DE:</b> 44


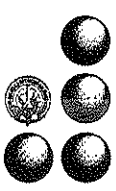
### 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

#### 5.3 REALIZAR EL TRATAMIENTO A PACIENTES DE FISIOTERAPIA



#### CONTROL DE EMISION

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
<b>Nombre:</b>	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
<b>Cargo-puesto:</b>	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	30-04-10	30-04-10	30-04-10

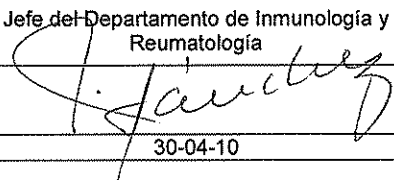
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 11 <b>DE:</b> 44

## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Formato 1 Consentimiento informado. (Original)	5 años	Original Expediente interno de Fisioterapia	FE0507
Formato 2 Valoración funcional (Original)	5 años	Original Expediente interno de Fisioterapia	FE0507
Formato 3 Valoración postural (Original)	5 años	Original Expediente interno de Fisioterapia	FE0507
Formato 4 Valoración geriátrica (Original)	5 años	Original Expediente interno de Fisioterapia	FE0507
Formato 5 Valoración muscular de cara (Original)	5 años	Original Expediente interno de Fisioterapia	FE0507
Formato 6 Formato clínico (Original)	5 años	Original Expediente clínico	FE0507
Formato 7 Horario de consultas subsecuentes (Original)		Original Paciente	
Formato 8 Ficha de pago (Original)		Original Departamento de Tesorería	

## 7.0 GLOSARIO

- 7.1 Camas censables** Se refiere a las camas de hospitalización de los sectores colectivos y privados así como las camas de estancia corta y terapia intensiva.
- 7.2 Camas no censables** Se refiere a las camas que no se tiene un número específico, pero se da atención de tipo ambulatoria como son: consultorios de urgencias, reposets, anexos y otros.
- 7.3 Consentimiento informado** Es la autorización del Paciente por escrito para llevar a cabo algún tipo de procedimiento de fisioterapia.
- 7.4 Estado de delirium** Estado del Paciente en el cual no se encuentra mentalmente sano.
- 7.5 Expediente clínico** Documento que tiene la información clínica del Paciente y el historial médico y familiar del mismo.

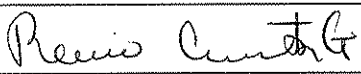
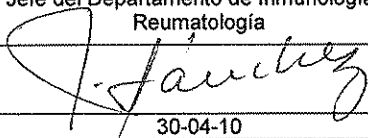
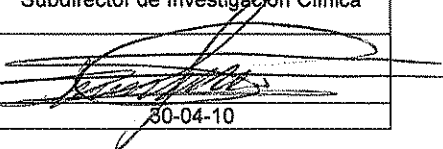
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 12 <b>DE:</b> 44

- 7.6 Expediente interno** Documento que contiene la información funcional del Paciente y que permanece dentro del Servicio de Fisioterapia.
- 7.7 Interconsulta** Solicitud de tratamiento que se envía de un servicio a otro dentro del Instituto.
- 7.8 Programa de ejercicios o rehabilitación** Es la información que se le entrega al Paciente al finalizar su tratamiento que contiene instrucciones para su ejecución en casa.
- 7.9 Valoración** Conjunto de habilidades para la obtención de signos clínicos de la enfermedades mediante la palpación, auscultación, percusión e inspección.

## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA


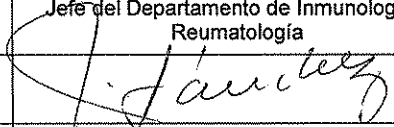
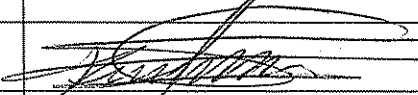
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 13 <b>DE:</b> 44

## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

### FORMATO 9.1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre	Nombre completo del Paciente.
2	Registro	El número de registro del expediente.
3	Fecha	La fecha de elaboración del consentimiento informado.
4	Edad	Edad del Paciente.
5	Diagnóstico	El padecimiento por el que se atiende.
6	Fecha de inicio	La fecha de inicio de sesiones.
7	Fecha de terminación	La fecha de término de las sesiones.
8	Nombre del Paciente o Representante Legal	El nombre completo del Paciente o Representante Legal.
9	Firma	La Firma del Paciente o Representante Legal.
10	Nombre del Testigo por parte del Paciente	El Nombre completo del Testigo por parte del Paciente.
11	Firma	La Firma del Testigo por parte del Paciente.
12	Nombre del Testigo por parte del Hospital	El nombre completo del Testigo por parte del Hospital.
13	Firma	La Firma del Testigo por parte del Hospital.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10



# INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN

SALVADOR ZUBIRÁN

Visco de Oquira No. 15 Sección XVI, Tlalpan México D.F., México

## SERVICIO DE FISIOTERAPIA CONSENTIMIENTO INFORMADO

CÓDIGO:	M.P./0.6.1.2.1
REV:	00
HOJA:	14
DE:	44

Nombre: \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ Fecha de Terminación: \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

Por mi propio derecho, en pleno uso de mis facultades mentales y sin que medie error, dolo o violencia física o moral alguna, hago constar que el personal de Fisioterapia que me tiene a su cargo, me proporcionó la información completa sobre el diagnóstico, tratamiento y procedimiento de Fisioterapia que me practicarán y las posibles consecuencias que pudieran presentarse.

El tratamiento consistirá en 10 sesiones consecutivas durante las cuales, se me instruirá a mi y a un acompañante para que al término de las mismas, continúe por mi cuenta con el tratamiento en mi domicilio.

Durante la explicación que me brindó el personal de Fisioterapia del Instituto, se me permitió hacer todas las preguntas aclaratorias y éstas fueron contestadas a mi entera satisfacción. Por lo que eximo desde ahora al personal de Fisioterapia del Instituto de toda la responsabilidad que pudiera sobrevenir como consecuencia del tratamiento que se me aplique, toda vez que es mi voluntad someterme al mismo.

Me han informado que las complicaciones que se pudieran presentar a la aplicación del tratamiento son:

Alergias	Caídas
Hipotensión	Taquicardias y Disnea
Hipoglucemia	Problemas cardíacos
Dolor	Mareo
Quemaduras	Luxaciones

De acuerdo con la información que he recibido, los beneficios potenciales del tratamiento son mayores a la posibilidad de presentar alguna complicación.

Así mismo, se me ha informado que con la finalidad de empezar mi sesión de tratamiento puntual, debo presentarme 15 minutos antes de la hora de la cita con el comprobante de pago.

Si me presentara con retraso a la sesión o sin el recibo de pago de la misma, la duración de la sesión se limitará al periodo previamente programado. Así mismo, si no asistiera alguna sesión esta no podrá reprogramarse ni se modificara el periodo de tratamiento asignado debido a que ello afectaría la programación de los pacientes que han sido programados posterior al periodo que se me ha asignado. Así mismo, estoy enterado de que en caso de haber cubierto el costo total de las sesiones, el importe de la(s) sesión (es) omitida(s) no me será reintegrado.

Así mismo, he sido enterado que en caso de que por necesidades del Servicio de Fisioterapia y/o del Instituto alguna de estas sesiones no se me pudiera dar, esta sesión será reprogramada simplemente recorriendo la duración de las mismas.

**CANCELADO**



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN

SALVADOR ZUBIRÁN

Vasco de Quiroga No. 15 Sección XVI, Tlalpán México D.F., México

SERVICIO DE FISIOTERAPIA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO

CÓDIGO:	M.P./0.6.1.2.1
REV:	00
HOJA:	15
DE:	44

En conocimiento de todo lo anterior, autorizo al personal del Servicio de Fisioterapia de este Instituto para que se me brinde el tratamiento indicado indispensable para la atención de mi padecimiento y que con libertad se lleven a cabo las maniobras que sean necesarias para atender alguna complicación derivada del procedimiento que he autorizado.

8	9
Nombre del Paciente o Representante Legal	Firma
10	11
Nombre del Testigo por parte del Paciente	Firma
12	13
Nombre del Testigo por parte del Hospital	Firma

**CANCELADO**

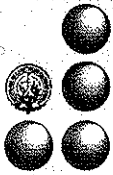


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 16
			<b>DE:</b> 44

**FORMATO 9.2: VALORACIÓN FUNCIONAL.**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE	El nombre completo del Paciente.
2	N°. DE EXP.	El número de registro del Paciente.
3	CAMA	El número de cama donde se encuentra el Paciente o anotar una x en C. EXT en caso de que se trate de un Paciente de la Consulta Externa.
4	D.X.	El diagnóstico del Paciente.
5	TERAPISTA	El nombre del Fisioterapeuta y/o Gericultista que valora al Paciente.
6	FECHA DE ELABORACIÓN	La fecha en que se le realiza la valoración.
7	ARCOS DE MOVILIDAD	Los arcos de movilidad del Paciente de cadera, columna cervical rodilla, tobillo, dedos, hombros, codos, muñecas y manos. (derechos e izquierdos)
8	FUERZA MUSCULAR	La fuerza muscular del Paciente de cadera, columna cervical rodilla, tobillo, dedos, hombros, codos, muñecas y manos. (derechos e izquierdos)
9	OBSERVACIONES	Alguna nota adicional sobre la salud del Paciente.
10	ACTIVIDADES BASICA DE LA VIDA DIARIA	Elegir de las opciones de: peinarse, vestirse, sentarse, caminar, comer, bañarse, pararse, si el Paciente requiere ayuda; y anotar si el Paciente puede subir escaleras u ocupar aparatos ortopédicos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN

SALVADOR ZUBIRÁN

SERVICIO DE FISIOTERAPIA

VALORACION FUNCIONAL

CÓDIGO:	M.P./0.6.1.2.1
REV:	00
HOJA:	17
DE:	44

Nombre: \_\_\_\_\_ 1 No. de Exy. \_\_\_\_\_ 2 Cama: \_\_\_\_\_ 3 C.Ext. ( )

DX: \_\_\_\_\_ 4 Terapeuta: \_\_\_\_\_ 5 Fecha de elaboración: \_\_\_\_\_ 6

DERECHO		ARTICULACIONES	IZQUIERDO	
ARCOS DE MOVILIDAD	FUERZA MUSCULAR		FUERZA MUSCULAR	ARCOS DE MOVILIDAD
7	8	<u>CADERA:</u> FLEXIÓN	8	7
		EXTENSIÓN		
		ABDUCCIÓN		
		ADUCCIÓN		
		ROTACIÓN INTERNA		
		ROTACIÓN EXTERNA		
		<u>RODILLA:</u> FLEXIÓN		
		EXTENSIÓN		
		<u>TOBILLO:</u> FLEXIÓN DORSAL		
		FLEXIÓN PLANTAR		
		INVERSIÓN		
		EVERSIÓN		
		<u>DEDOS:</u> FLEXIÓN		
		EXTENSIÓN		

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_ 9

**CANCELADO**

ARCOS DE MOVIMIENTO: + DISMINUIDO ¼ ++DISMINUIDO ½ +++DISMINUIDO ¾ ++++ FIJO	FUERZA MUSCULAR 0: SIN CONTRACCION 1: CONTRACCION PALPABLE 2:MOVIMIENTO ELIMINANDO LA GRAVEDAD 3:MOVIMIENTO EN CONTRA DE LA GRAVEDAD 4:MOVIMIENTO VENCIENTORESISTENCIA MINIMA 5:MOVIMIENTO VENCIENDO RESISTENCIA MAXIMA
--	---

**CÓDIGO:**  
**M.P.70.8.1.2.1**  
**REV: 00**  
**HOJA: 18**  
**DE: 44**

	<b>Columna Cervical</b>		
Flexión	Rotación Derecha	Lateroflexión Izquierda	
Extensión	Rotación Izquierda	Lateroflexión Derecha	

DERECHO		ARTICULACIONES	IZQUIERDO	
ARCOS DE MOVILIDAD	FUERZA MUSCULAR		FUERZA MUSCULAR	ARCOS DE MOVILIDAD
7	8	<u>HOMBRO:</u> ELEVACIÓN	8	7
		RETROVERSIÓN		
		ABDUCCIÓN		
		ABDUCCIÓN HORIZONTAL		
		ADUCCIÓN HORIZONTAL		
		ROTACIÓN INTERNA		
		ROTACIÓN EXTERNA		
		<u>CODO:</u> FLEXIÓN		
		EXTENSIÓN		
		SUPINACIÓN		
		PRONACIÓN		
		<u>MUÑECA:</u> FLEXION DORSAL		
		FLEXION PALMAR		
		DESVIACIÓN CUBITAL		
		DESVIACIÓN RADIAL		
		<u>MANOS:</u> PUÑO		
		EXTENSIÓN		
		OPOSICIÓN		

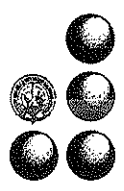
OBSERVACIONES: 9

10 ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA:

PEINARSE:	COMER:
VESTIRSE:	BAÑARSE:
SENTARSE:	PARARSE:
CAMINAR:	ESCALERAS:

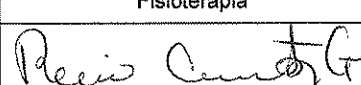
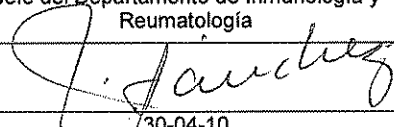
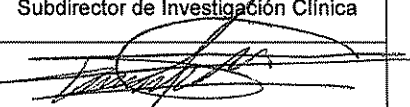
APARATOS ORTOPEDICOS:

CANCELADO

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 19
			<b>DE:</b> 44


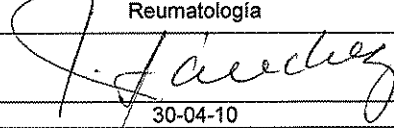
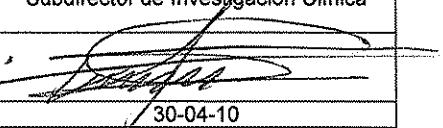
### FORMATO 9.3: VALORACIÓN POSTURAL

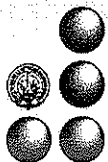
No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre	El nombre completo del Paciente.
2	Fecha	Fecha en que se realiza la valoración del Paciente.
3	Edad	La edad del Paciente
4	Sexo	Sexo del Paciente si es Femenino o Masculino
5	Ocupación	A que se dedica el Paciente
6	Médico	Nombre del Médico tratante que envía al Paciente al Servicio.
7	T.F.	Nombre del Fisioterapeuta o Gericultista a cargo del Paciente
8	Ingreso al INNSZ	Fecha de ingreso al Instituto.
9	Historia Clínica y del Dolor	Resumen clínico del Paciente
10	Dolor	Elegir de 1. Sin irradiación, 2. Irradiación proximal, 3. Irradiación distal, 4. Más dolor en la extremidad que lumbar, 5. Estado postquirúrgico, 6. Alteración del sueño, 7. Dolor lumbar con irradiación y datos neurológicos: -Debilidad, -Atrofia -Parestesias, cómo es el tipo del dolor del Paciente.
11	Origen y manifestaciones del dolor	Elegir de Dolor vascular: -arterial: presión fuerte - venoso: adormecimiento y calambre -linfático: vendaje fuerte apretado, duro, Neurogénico: -repentino o punzante -calambre o pellizco - quemante o ardoroso, Tejido blanco: -ligamento: moretón -tendón: desgarró, ardor - muscular: pesado y en actividad -fascia: ardor, palpación con abultamiento, Psiquiátrico: -fatigante e insoportable.
12	Frecuencia del dolor: agudo/crónico	Elegir de la escala de 0 a 10 la intensidad del dolor.
13	El Dolor aumenta con:	Causas que aumentan el dolor en el Paciente.
14	El Dolor disminuye con:	Causas que disminuyen el dolor en el Paciente.
15	Reporte Radiológico	El resultado de Rayos X en relación a la columna.
16	Examen Postural	Elegir posturas en Vista Posterior, Vista Lateral y Vista Anterior

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 20
			<b>DE:</b> 44

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
17	Cuello, Tronco y Prueba de Shober	Los resultados de las mediciones de cuello, tronco y columna.
18	OBESIDAD, SOBREPESO Y PESO IDEAL	Elegir en que estado se encuentra el peso del Paciente.
19	ESTILO DE VIDA:	Elegir que tipo de vida lleva Sedentario, Activo, Muy activo
20	ZAPATOS:	Elegir que tipo de zapatos usa Adecuados, Tacones Otros, Tacón Plantilla.
21	MARCHA:	Elegir Si o No camina y porque y si tiene algún auxiliar de la marcha elegir Independiente, Normal, Claudicante: Por dolor – Por Acortamiento – Debilidad.
22	REALIZA:	Elegir si puede realizar los siguientes movimientos: Puntas, Sentadillas y Talones y si presenta algún grado de dificultad.
23	Longitud de miembros inferiores Der. Izq.	Las medidas de los miembros inferiores, derecho e izquierdo.
24	Fuerza / Tono:	El resultado de la fuerza muscular de los musculos Abdominales y Espinales.
25	Palpacion:	Si hay contractura muscular en columna con dolor.
26	ROTS	El aumento o disminución o normalidad de los reflejos osteotendinosos.
27	PRUEBAS ESPECIALES	Si hay algún signo de alerta para el diagnóstico de algún trastorno o padecimiento de columna.
28	DERMATOMAS	Iluminar el dermatoma valorado en el dibujo.
29	PLAN	Elegir de cita a fisioterapia individual o grupal.
30	CONCLUSIÓN:	Las observaciones encontradas en la valoración.
31	NOTAS DE EVOLUCIÓN Y ALTA:	Las observaciones después del tratamiento y la nota final.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

SERVICIO DE FISIOTERAPIA  
VALORACIÓN POSTURAL

CÓDIGO:	M.P./0.6.1.2.1
REV:	00
HOJA:	21
DE:	44

Nombre: 1

Fecha: 2 Edad: 3 Sexo F/M: 4 Ocupación: 5

Médico: 6 T.F. 7

Ingreso al INCMNSZ: 8

Historia Clínica y del Dolor.

9

---



---



---



---



---



---



---



---



---

CANCELADO

Dolor 10

- 1. Sin irradiación.
- 2. Irradiación proximal.
- 3. Irradiación distal.
- 4. Más dolor en la extremidad que lumbar
- 5. Estado post - quirúrgico.
- 6. Alteración del sueño.
- 7. Dolor lumbar con irradiación y datos neurológicos:
  - Debilidad.
  - Atrofia.
  - Parestesias.

Origen y manifestación del Dolor 11

- Dolor Vascular:
  - arterial: presión fuerte.
  - venoso: adormecimiento, calambre.
  - Linfático: vendaje fuerte apretado, duro.
- Neurogénico:
  - repentino o punzante
  - calambre o pellizco
  - quemante ardoroso
- Tejido Blando:
  - ligamento: moretón
  - tendón: desgarró, ardor
  - muscular: pesado y en actividad
  - fascia: ardor, palpación con abultamiento.
- Psiquiátrico:
  - fatigante e insoportable

12 Frecuencia del Dolor: agudo / crónico

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13 El Dolor aumenta con:

---

14 El Dolor disminuye con

---

Reporte Radiológico:

15

---



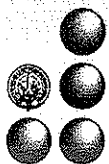
---



---



---



# INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN

SALVADOR ZUBIRÁN

SERVICIO DE FISIOTERAPIA  
VALORACIÓN POSTURAL

CÓDIGO:	M.P./0.6.1.2.1
REV:	00
HOJA:	22
DE:	44

## Examen Postural

### Vista Posterior 16

Tendón de Aquiles	Normal	Varo	Valgo
Rodillas	Simétricas / alineadas	Varas (I) (D)	Valgas (I) (D)
Pliegues Glúteos	Simétrico	Altos (I) (D)	
Crestas Iliacas	Simétricas	Altas (I) (D)	
Puntas escapulares	Simétricas	Altas (I) (D)	Aladas (I) (D)
Hombros	simétricos	Altos (I) (D)	
Cuello	alineado	Lateralización (I) (D)	
Observaciones: _____			

### Vista Lateral

Pies	Normal	Varo	Valgo
Rodillas	Normales	Recurvatum	Flexionadas (I) (D)
Abdomen	Plano	Prominente	
Curvatura Lumbar	Normal	Hiperlordosis	Rectificada
Curvatura Dorsal	Normal	Hipercifosis	Rectificada
Curvatura Cervical	Normal	Hiperlordosis	Rectificada
Hombros	Alineados	Antepulsión	retropulsión
Observaciones: _____			

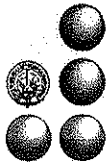
### Vista Anterior

Pies	Normales	Pronado (I) (D)	Supinado (I) (D)
Rodillas	Hallux valgus (I) (D)		
Rodillas	Simétricas	Varas (I) (D)	Valgas (I) (D)
Línea Abdominal	Alineada Si / No		
Observaciones: _____			

17

<b>Cuello</b> Flexión _____ Extensión _____ Rot. Der _____ Rot Izq. _____ Flex. Lat. Der _____ Flex. Lat. Izq _____	<b>Tronco</b> Extensión _____ Rot Der _____ Rot Izq _____ Flex Lat Der _____ Flex Lat Izq _____ Hiperext _____	<b>Prueba de Shober</b> Flexión Lumbar _____ Flexión Dorsal _____ Isquitiabiales _____ Der _____ Izq _____
---	--	--

- 18 OBESIDAD SOBREPESO PESO IDEAL
- 19 ESTILO DE VIDA: Sedentario Activo Muy activo \_\_\_\_\_
- 20 ZAPATOS: Adecuados Tacones Otros \_\_\_\_\_ Tacón Plantilla
- 21 MARCHA: Sí / No Porque \_\_\_\_\_ Aditamento \_\_\_\_\_  
 Independiente / Normal / Claudicante: Por Dolor – Por arcortamiento – debilidad
- 22 REALIZA: Puntas (S1): Sí / No / Con dificultad  
 Sentadillas (L4): Sí / No / Con dificultad  
 Talones (L5): Sí / No / Con dificultad



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

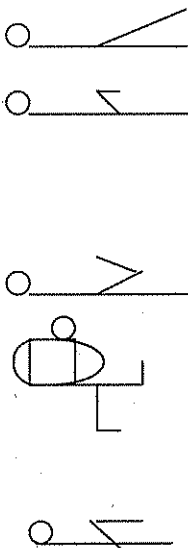
SERVICIO DE FISIOTERAPIA  
VALORACIÓN POSTURAL

CÓDIGO:	M.P./0.6.1.2.1
REV:	00
HOJA:	23
DE:	44

Longitud de miembros inferiores: Der. 23 Iza. \_\_\_\_\_  
 Fuerza / Tono: Abdominales. 24 Espinales \_\_\_\_\_  
 Palpación: Espasmo / Dolor 25  
 ROTS: 26

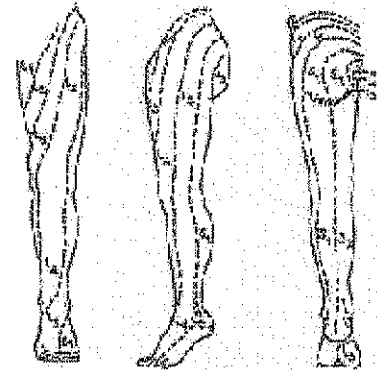
Rotuliano (L4)	↑	↓	Normal
Aquiles (L5)	↑	↓	Normal

PRUEBAS ESPECIALES 27



	-	+ D	+ I
Lasegue L3, L4, L5			
Thomas			
Tibial L4, L5 (DF+ever)			
Sural S1 (Df+inver)			
Peroneo L4, L5, S1 (PF+inver)			
Irritación L3, L4 (Dec Prono)			
Slumy test (canal medular)			
Signo Piramidal (Add + RI)			
Patrick			
Tensor/PaqtNV/Pectíneo (Dolor inguinal)			

DERMATOMAS 28



PLAN 29

- Cita a fisioterapia individual.
- Cita a grupo

**CANCELADO**


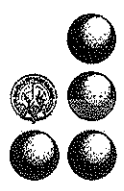
CONCLUSION:

\_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_

NOTAS DE EVOLUCIÓN Y ALTA:

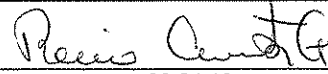
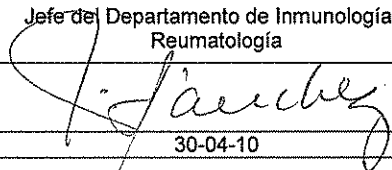
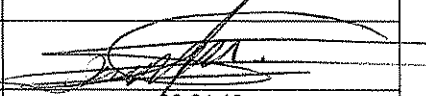
\_\_\_\_\_ 31 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_


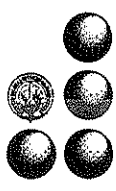


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 24
			<b>DE:</b> 44

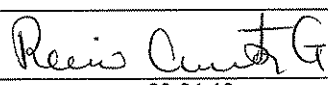
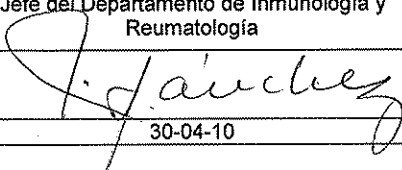
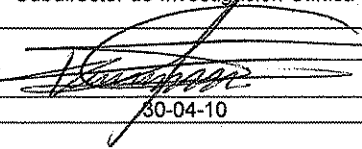
#### FORMATO 9.4: VALORACIÓN GERIÁTRICA

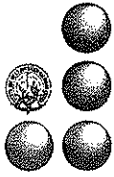
No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre	El nombre completo del Paciente.
2	Reg.	El número de registro del Paciente.
3	C.E. , Sector, Cama	Marcar X si el Paciente es de Consulta Externa o si es hospitalizado escribir el número de sector y cama.
4	Fecha de ingreso	Día, mes y año en que se inicia el tratamiento del Paciente.
5	Fecha de egreso	Día, mes y año en que se le da de alta al Paciente.
6	Escolaridad	Grado de estudios del Paciente.
7	Ocupación	A qué se dedica el Paciente.
8	Dx de Ingreso	Diagnóstico por el cual el Paciente ingresa al Servicio de Fisioterapia.
9	Otros diagnósticos que pueden influir en el programa de rehabilitación	Nombre de otros diagnósticos que puedan influir en el tratamiento del Paciente.
10	Uso de anticoagulantes	Elegir de SI o NO el Paciente usa anticoagulantes.
11	Actividades de la vida diaria AVDB AVDI	Elegir de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales si el Paciente las puede realizar de manera Independiente o Requiere Ayuda.
12	Requiere de auxiliares para la movilización	Elegir si el Paciente necesita algún tipo de ayuda externa para desplazarse. Si requiere de Silla de ruedas, Andadera, Bastón, Muletas, Acompañante o Camina sin ayuda.
13	Cuidador Primario	Nombre de la persona que cuida al Paciente principalmente.
14	Déficit sensorial	Si el Paciente tiene algún déficit visual o auditivo.
15	Katz	El resultado de la escala de Katz que valora actividades de la vida diaria básicas.
16	Lawton	El resultado de la escala de Lawton que valora actividades de la vida diaria instrumentales.
17	Tinetti	El resultado de la escala de Tinetti que valora trastornos en la marcha del anciano.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 25 <b>DE:</b> 44

18	Norton	El resultado de la escala de Norton que valora el riesgo de la presencia de úlceras por decubito.
19	Sospecha de Deterioro Cognoscitivo	Elegir SI o NO el Paciente tiene algún problema cognoscitivo y Especificar según sea el caso.
20	Dx. de Depresión:	Elegir SI o NO el Paciente tiene algún diagnóstico depresivo.
21	Motivo de la Solicitud	Elegir el motivo de la solicitud de: Trastornos de la movilidad, Reacondicionamiento físico, Sx de inmovilidad, Reeducación de la marcha, Sx de caídas, Sx post-caída, Parkinson, Vértigo, AR.
22	Historia de caídas	Número de caídas que el Paciente ha presentado.
23	Artroplastías	Si el Paciente ha tenido cirugías de prótesis de cadera o rodilla.
24	Prótesis	Si el Paciente tiene algún tipo de prótesis.
25	Dolor	Escala visual análoga del dolor.
26	Radiculopatías	Si el Paciente presenta problemas de columna o patologías en columna.
27	Otros	Si el Paciente presenta otros síndromes geriátricos a consideración del solicitante.
28	Nombre y Firma del Médico solicitante	Nombre y firma del Médico que solicita
29	Notas de Evaluación	El resultado de la valoración del Geriatrista o Fisioterapeuta.
30	Objetivos y Tratamiento	La descripción del programa rehabilitatorio.
31	Fecha	La fecha de la nota de seguimiento.
32	Nota	El resumen de la evolución del Paciente.
33	Plan de Alta	El seguimiento al momento del alta del Paciente que incluye: los programas de ejercicio, enseñanza a familiares y evaluación y/o modificación de barreras arquitectónicas en el hogar del Paciente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN

SALVADOR ZUBIRÁN

SERVICIO DE FISIOTERAPIA

VALORACIÓN GERIÁTRICA

CÓDIGO:	M.P./0.6.1.2.1
REV:	00
HOJA:	26
DE:	44

Nombre: 1

Reg. 2 CE: 3 Sector        Cama       

Fecha de ingreso 4 Fecha de egreso 5

Escolaridad 6

Ocupación 7

Sospecha de Deterioro Cognoscitivo: 19

SI        NO       

Especifique       

Dx. de Depresión: SI  NO

20

Dx de ingreso: 8

Otros diagnósticos que pueden influir en el programa de rehabilitación: 9

Uso de anticoagulantes 10 SI  NO

**MOTIVO DE LA SOLICITUD**

<sup>21</sup> Trastornos de la movilidad

Reacondicionamiento físico

Sx de inmovilidad

Reeducción de la marcha

Sx de caídas

SX post-caída

Parkinson

Vértigo

AR

Historia de caídas: 22

Artroplastías: 23

Protesis: 24

Dolor: 25

Radiculopatías: 26

Otros: 27

LVM.

**Actividades de la Vida Diaria: 11**

	<b>AVDB</b>	<b>ADVI</b>
Independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Requiere Ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Requiere de Auxiliares para la movilización: 12**

Silla de ruedas <input type="checkbox"/>	Muletas <input type="checkbox"/>
Andadera <input type="checkbox"/>	Acompañante <input checked="" type="checkbox"/>
Bastón <input type="checkbox"/>	Camina sin ayuda <input type="checkbox"/>

Cuidador Primario: 13

Déficit sensorial: 14

Katz 15 Lawton 16 Tinetti 17

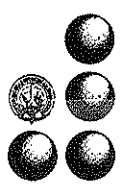
Norton: 18

Nombre y Firma del Médico solicitante

28


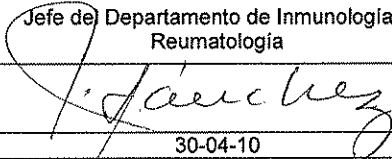
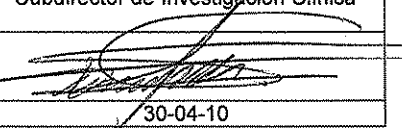
CANCELADO



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 28
			<b>DE:</b> 44

**FORMATO 9.5: VALORACIÓN MUSCULAR DE CARA**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre	El nombre completo del Paciente.
2	No. Reg.	El número de registro del Paciente
3	Cama	El número de cama en su caso en que se encuentre el Paciente
4	C.E.	Marcar con una X si el Paciente viene de la Consulta Externa
5	Dg	Diagnóstico del Paciente
6	T.F.	Nombre del Fisioterapeuta o Gericultista
7	Fecha	La fecha en que se da la consulta
8	Occipito frontal, Superciliar, Piramidal de la nariz, Nasal, Orbiuclar de los párpados, Elevador del párpado superior, Recto superior derecho y oblicuo menor izquierdo, Oblicuo menor derecho y recto superior izquierdo, Recto inferior derecho y oblicuo mayor izquierdo, Oblicuo mayor derecho y recto inferior izquierdo, Recto interno derecho y recto externo izquierdo, Orbicular de los labios, Cigomático menor, Canino, Cigomático mayor, Risorio, Buccinador, Cuadrado de la barba, Triangular de los labios y cutáneo, Borla de la barba.	La escala de fuerza muscular de un parámetro del 0 al 5 de todos los músculos de la cara.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe de Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

SERVICIO DE FISIOTERAPIA  
VALORACIÓN MUSCULAR DE CARA

CÓDIGO:	M.P./0.6.1.2.1
REV:	00
HOJA:	29
DE:	44

Nombre: \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ No.Reg. \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_ C.E. \_\_\_\_\_ 3

Dg. \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ T.F. \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ 6

Occipito Frontal \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

Superciliar \_\_\_\_\_

Piramidal de la nariz \_\_\_\_\_

Nasal \_\_\_\_\_

Orbicular de los párpados \_\_\_\_\_

Elevador del párpado superior \_\_\_\_\_

Recto superior derecho y oblicuo menor izquierdo \_\_\_\_\_

Oblicuo menor derecho y recto superior izquierdo \_\_\_\_\_

Recto inferior derecho y oblicuo mayor izquierdo \_\_\_\_\_

Oblicuo mayor derecho y recto inferior izquierdo \_\_\_\_\_

Recto interno derecho y recto externo izquierdo \_\_\_\_\_

Orbicular de los labios \_\_\_\_\_

Cigomático menor \_\_\_\_\_

Canino \_\_\_\_\_

Cigomático mayor \_\_\_\_\_

Risorios \_\_\_\_\_

Buccinador \_\_\_\_\_

Cuadrado de la barba \_\_\_\_\_

Triangular de los labios y cutáneo \_\_\_\_\_

Borla de la Barba \_\_\_\_\_

**CANCELADO**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 30 <b>DE:</b> 44

**FORMATO 9.6: FORMATO CLÍNICO**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	REGISTRO	El número de registro del expediente del Paciente.
2	CAMA	El número de cama donde se encuentra el Paciente
3	C.EXT.	Si el Paciente proviene de Consulta Externa marcar con una X
4	SEXO	El sexo del Paciente, si es masculino o femenino
5	NOMBRE	Nombre completo del Paciente
6	OCUPACIÓN	A qué se dedica el Paciente
7	DIAGNOSTICO PROBABLE	El diagnóstico probable del Paciente
8	INGRESO	Fecha en que se realiza la valoración al Paciente
9	EGRESO	Fecha en que se va de alta el Paciente
10	MÉDICO	Nombre del Médico Residente encargado del Paciente
11	CONSULTOR	Nombre del Médico Especialista a cargo del Paciente
12	TRATAMIENTO	Breve explicación de la técnica a seguir
13	TERAPEUTA	Nombre del Fisioterapeuta o Gericultista a cargo del Paciente
14	TRATAMIENTO POR SEMANA	Número de sesiones otorgadas al Paciente en una semana
15	FECHA	Fecha del inicio de tratamiento
16	TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA	Explicación de las técnicas a seguir con el Paciente

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

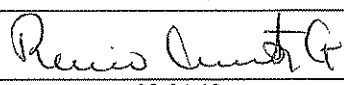
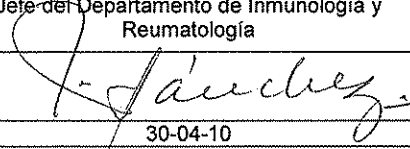
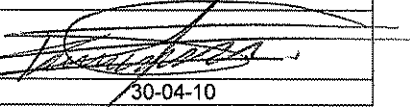




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 32
			<b>DE:</b> 44

**FORMATO 9.7: HORARIO DE CONSULTAS SUBSECUENTES**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	PACIENTE	El nombre completo del Paciente.
2	REG. No.	El número de registro del Paciente
3	CAMA	El número de cama del Paciente
4	C.E.	Anotar una X en caso de que el Paciente sea de Consulta Externa
5	HORARIO	Horario en que se presenta el Paciente
6	OBSERVACIONES	Observaciones puntuales respecto de cómo debe presentarse el Paciente a la consulta.
7	FISIOTERAPISTA	Nombre del Fisioterapeuta o Gericultista
8	INDICACIONES	Indicaciones generales.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 33
			<b>DE:</b> 44



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGÍA Y REUMATOLOGÍA  
SECCIÓN DE FISIOTERAPIA

PACIENTE 1 REG.No. 2 CAMA 3 CE 4

5 LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES OBSERVACIONES

AM						6
PM						

**CANCELADO**

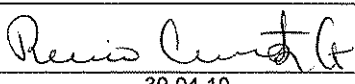
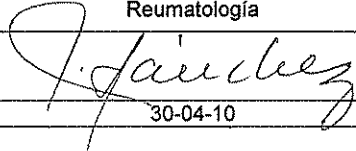
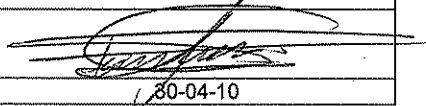
7  
FISIOTERAPISTA



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocio Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 34
			<b>DE:</b> 44

**FORMATO 9.8: FICHA DE PAGO**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE	El nombre completo del Paciente.
2	REG. No.	El número de registro del Paciente
3	CAMA	El número de cama donde se encuentra el Paciente
4	C.E.	Anotar con una X si el Paciente proviene de la Consulta Externa
5	CLASIFICACIÓN	La clasificación del Paciente
6	FECHA	Fecha de la consulta
7	1900 VALORACIÓN 2140 1903 SESIÓN DE TRATAMIENTO C	Elegir si se trata de sesión o valoración.

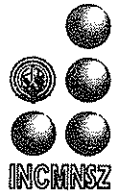
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 35 <b>DE:</b> 44

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGÍA Y REUMATOLOGÍA

SECCIÓN DE FISIOTERAPIA



NOMBRE \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_

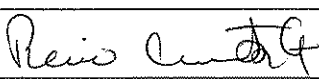
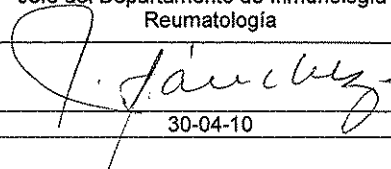
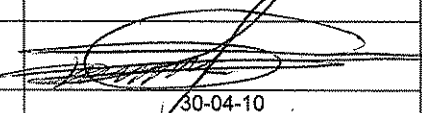
REG. No. \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ C. E. \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ CLASIFICACIÓN \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

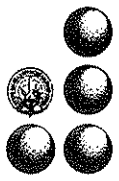
FECHA \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

**CANCELADO**

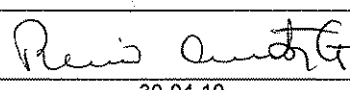
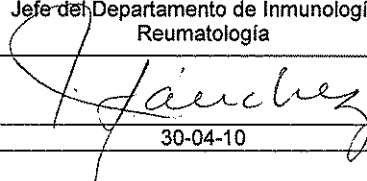
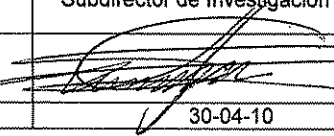
- 7 1900  VALORACIÓN 2140
- 7 1903  SESION DE TRATAMIENTO "C" 2120

20015200

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	L.T.F. Rocio Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
<b>Cargo-puesto:</b>	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 36
			<b>DE:</b> 44

**ANEXOS**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
<b>Cargo-puesto:</b>	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 37
			<b>DE:</b> 44

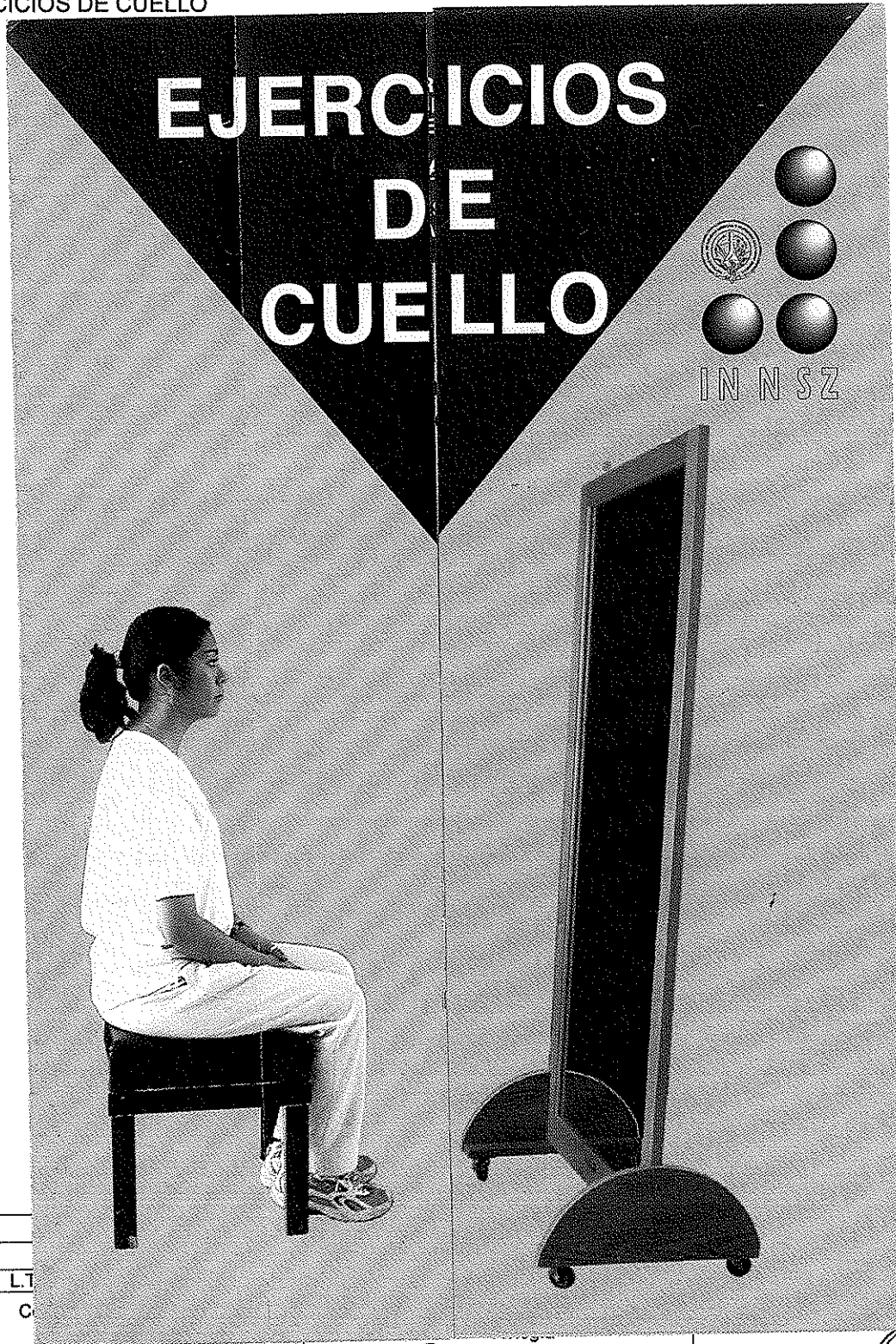
**ANEXO 1: PROGRAMA DE EJERCICIOS PARA MANOS**



Nombre:	L.T.F.		Becerril
Cargo-puesto:	Coord		n Clínica
Firma:	<i>Revis</i>	<i>Gerencia</i>	<i>[Signature]</i>
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 38
			<b>DE:</b> 44

**ANEXO 2: EJERCICIOS DE CUELLO**

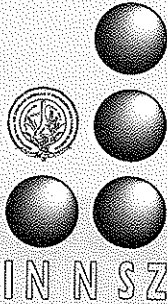


Nombre:	L.T.		
Cargo-puesto:	C		osa Becerril
Firma:	<i>Rais Acosta</i>	<i>J. Jiménez</i>	<i>[Signature]</i>
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 39
			<b>DE:</b> 44

**ANEXO 3: EJERCICIOS PARA LA RECUPERACIÓN DE PARÁLISIS FACIAL**


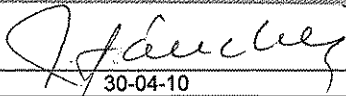
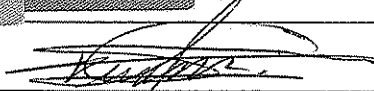


**Ejercicios  
para la  
recuperación  
de**


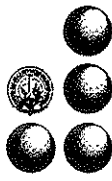


**P  
a  
r  
á  
l  
i  
s  
i  
s  
  
F  
a  
c  
i  
a  
l**

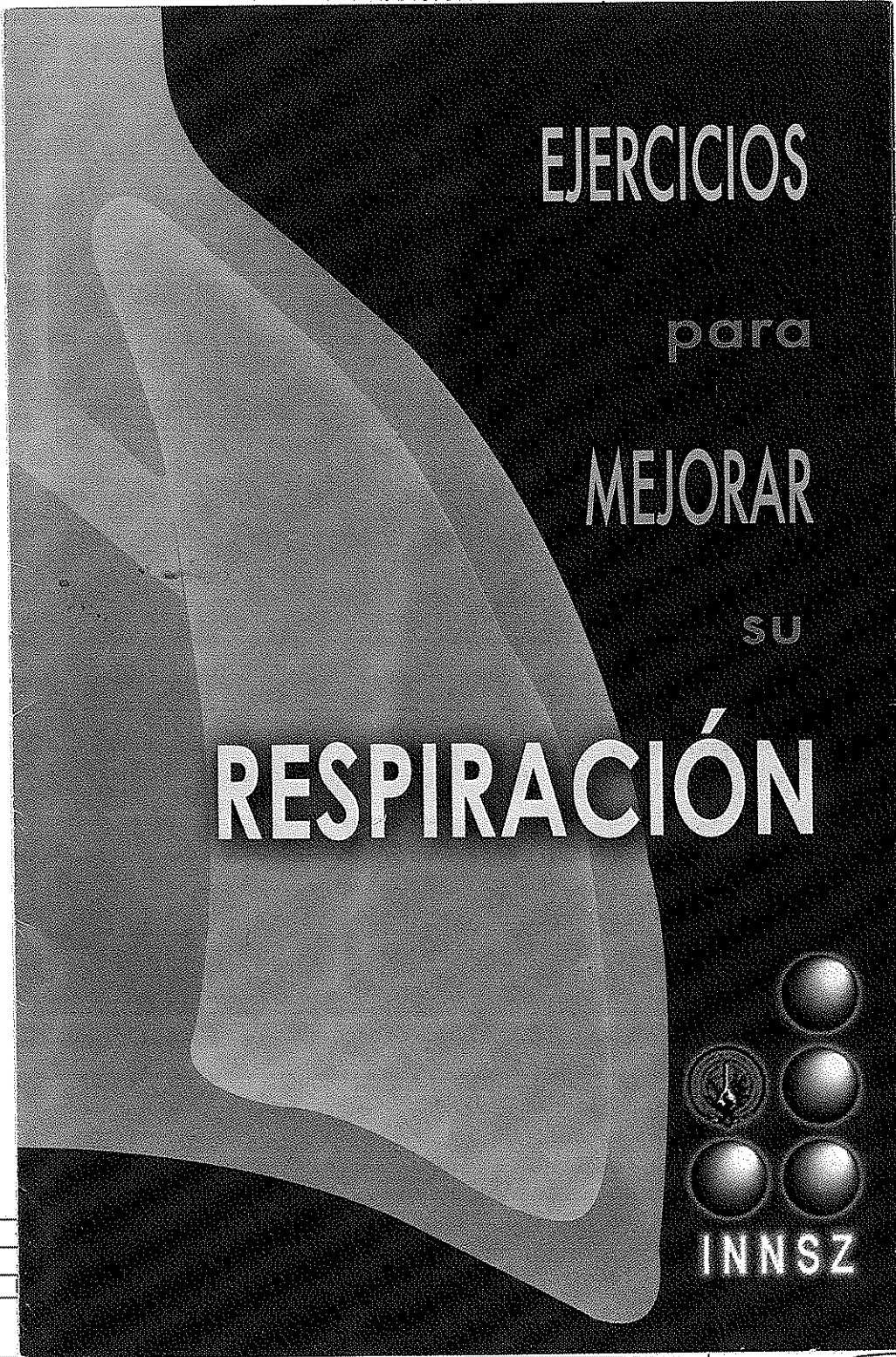
# PARÁLISIS FACIAL

Nombre:			Autorizó: Inojosa Becerril
Cargo-puesto:			Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 40
			<b>DE:</b> 44

**ANEXO 4: EJERCICIOS PARA MEJORAR SU RESPIRACIÓN**



Nombre:			
Cargo-puesto:			
Firma:	<i>Ricardo Contreras</i>	<i>J. Sánchez</i>	<i>[Signature]</i>
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 41
			<b>DE:</b> 44

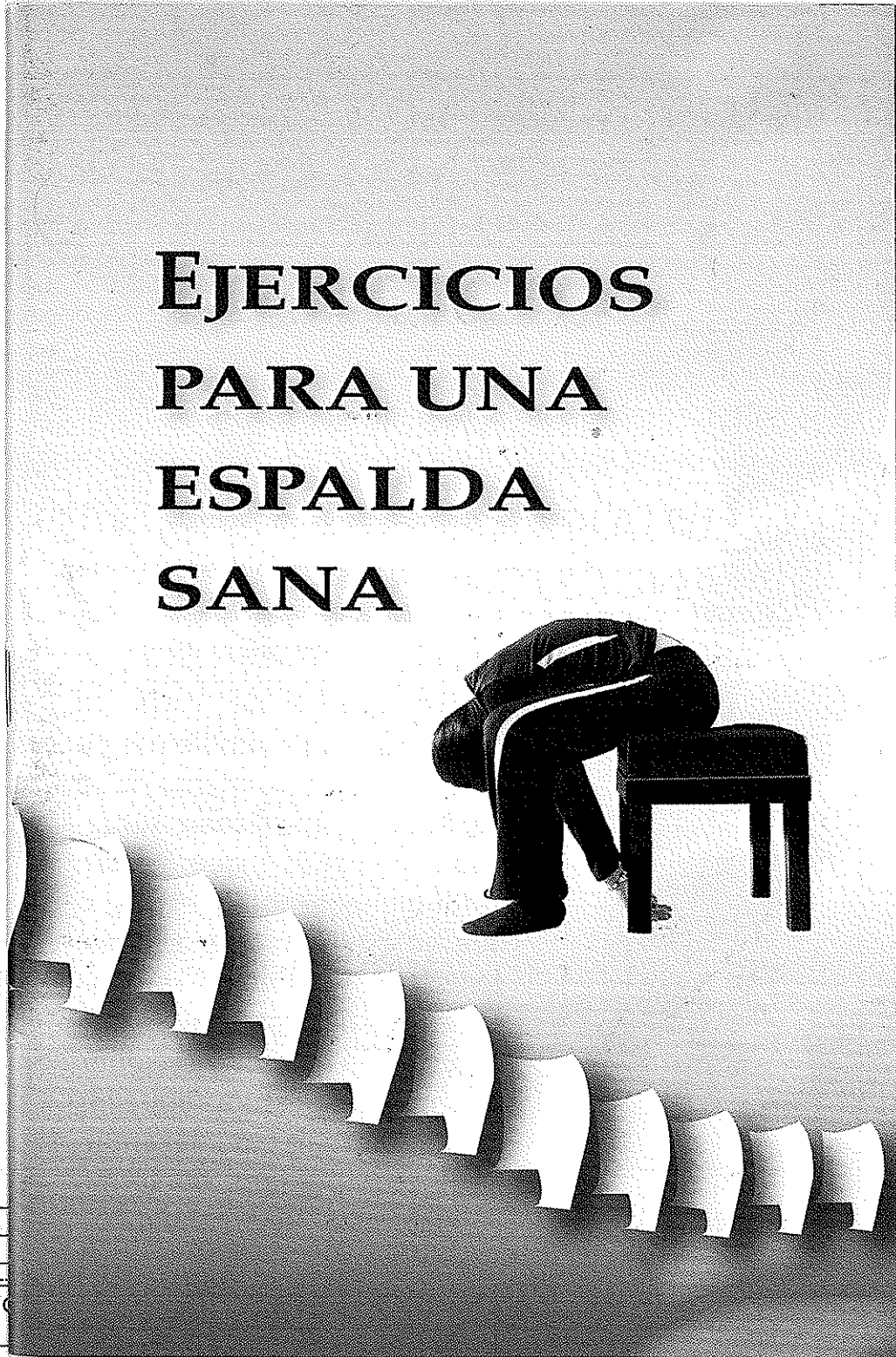
**ANEXO 5: FORTALECIMIENTO DE CINTURA ESCAPULAR**





Nombre:	L		
Cargo-puesto:			
Firma:	<i>Reis Cuatrecasas</i>	<i>J. Sanchez</i>	<i>[Signature]</i>
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 42
			<b>DE:</b> 44

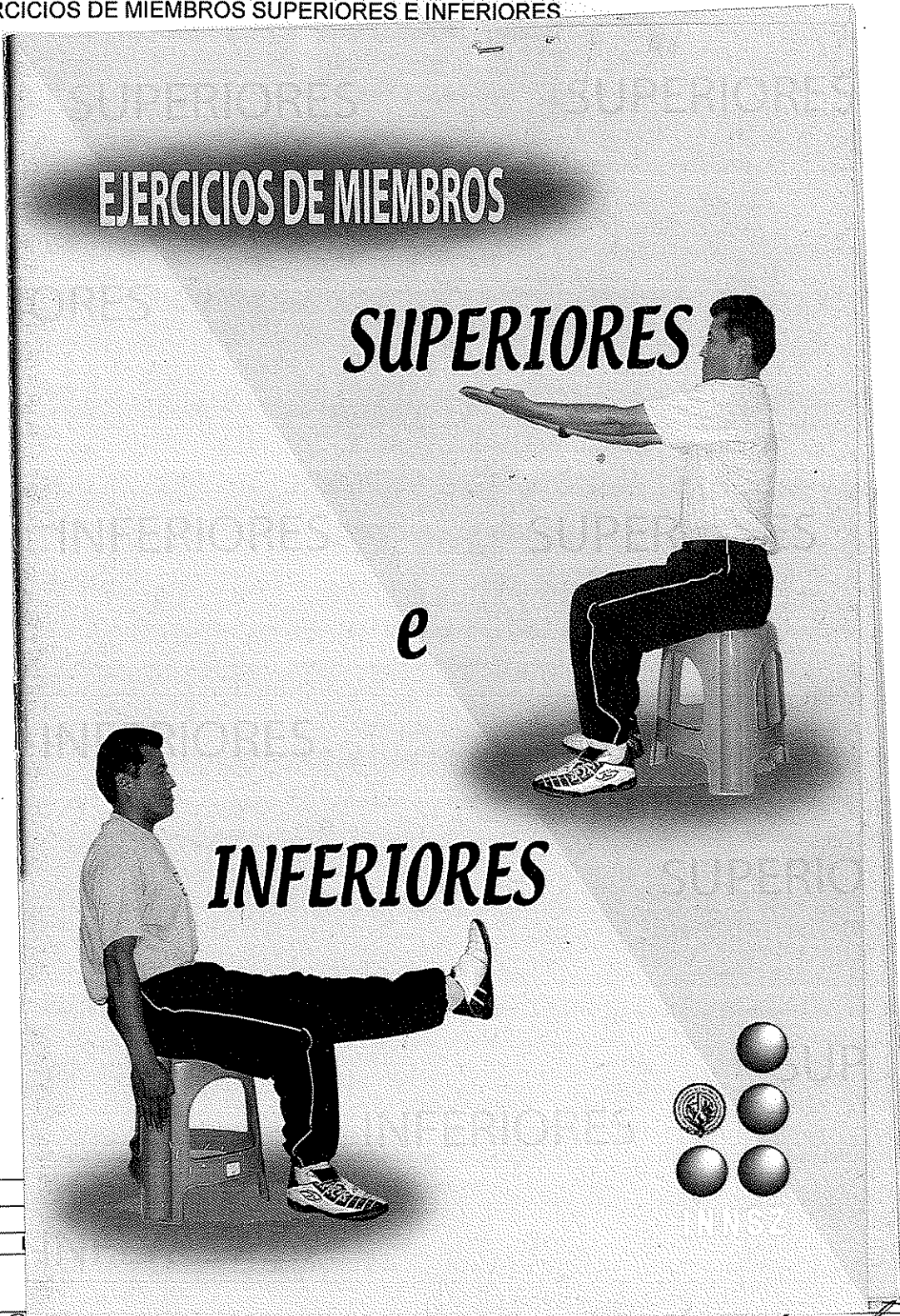
**ANEXO 6: EJERCICIOS PARA UNA ESPALDA SANA**



Nombre:	L			osa Becerril
Cargo-puesto:				ación Clínica
Firma:	<i>Rosendo</i>	<i>Gerardo</i>	<i>[Signature]</i>	
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>		<b>HOJA:</b> 43
			<b>DE:</b> 44

ANEXO 7: EJERCICIOS DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES


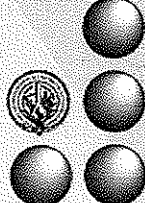


**EJERCICIOS DE MIEMBROS**

**SUPERIORES**

e

**INFERIORES**

Nombre:			
Cargo-puesto:			Enfermera Becerril Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Neoplasias de la Cabeza y Cuello
Firma:	<i>Ricardo Cruz</i>	<i>J. Sánchez</i>	<i>[Signature]</i>
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10



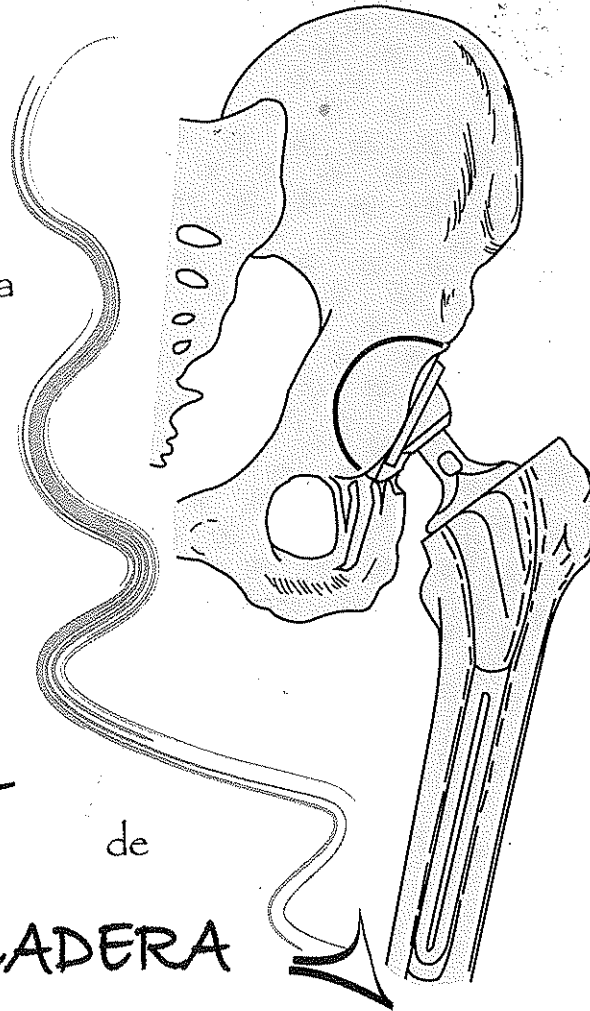
CÓDIGO:	M.P./0.6.1.2.1
REV:	00
HOJA:	44
DE:	44



INNSZ

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

GUÍA  
para la  
RECUPERACIÓN  
después de un  
REEMPLAZO  
TOTAL  
de  
CADERA



SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y ORTOPEDIA  
DEL DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGÍA Y REUMATOLOGÍA

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Autorización</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 2

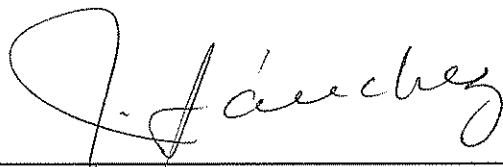
**AUTORIZACIÓN**

**ELABORADO POR:**

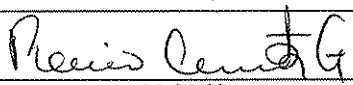
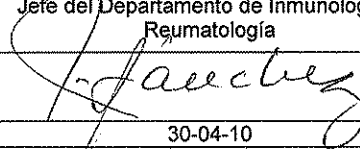
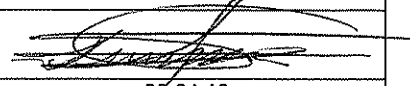



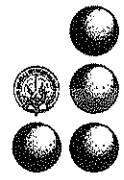
L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán  
Coordinadora del Servicio de Fisioterapia

**REVISADO POR:**



Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero  
Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.6.1.2.1
	<b>Servicio de Fisioterapia</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Autorización</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 2

**REVISIÓN METODOLÓGICA:**




C.P. Verónica Hernández Tenorio  
Coordinadora de Organización y Modernización

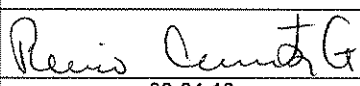
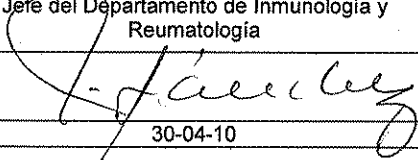
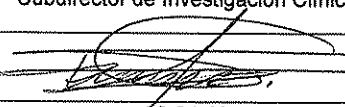


T.A. Verónica Cervantes Navarro  
Asistente Operativo del CIS

**AUTORIZADO POR:**



Dr. Fernando Gabilondo Navarro  
Director General

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán	Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero	Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril
Cargo-puesto:	Coordinadora del Servicio de Fisioterapia	Jefe del Departamento de Inmunología y Reumatología	Subdirector de Investigación Clínica
Firma:			
Fecha:	30-04-10	30-04-10	30-04-10