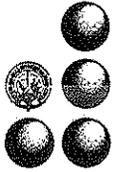


# **INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

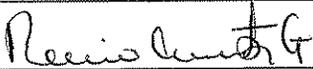
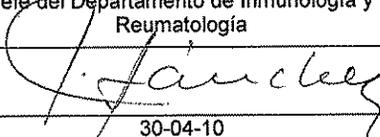
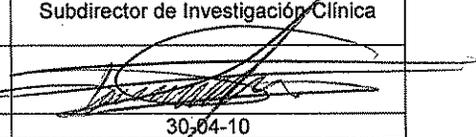
## **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA**

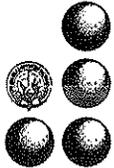
**ABRIL 2010**

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

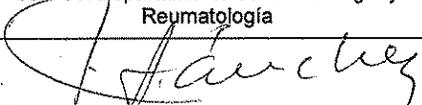
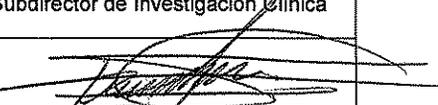
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | L.T.F. Rocio Cervantes Gaytán   | Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero   | Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril   |
| Cargo-puesto:      | Coordinadora 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  |

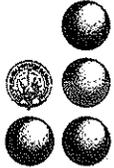
|   |                                 |   |                                  |
|---|---------------------------------|---|----------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> |  | <b>CÓDIGO:</b><br>M.P./0.6.1.2.1 |
|   | <b>Servicio de Fisioterapia</b> |   | <b>REV:</b> 00       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

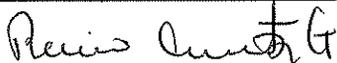
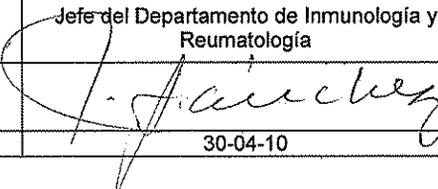
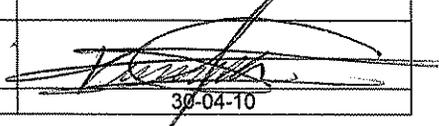
La finalidad de describir procedimientos, es la de uniformar y documentar las acciones que se realizan en las diferentes áreas del Instituto y orienten a los responsables de su ejecución en el desarrollo de sus actividades.

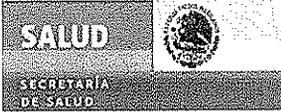
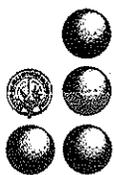
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán   | Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero   | Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril   |
| Cargo-puesto:      | Coordinadora 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><br>M.P./0.6.1.2.1 |
|   | <b>Servicio de Fisioterapia</b> |   | <b>REV:</b> 00                   |
|   | <b>Objetivo</b>                 |   | <b>HOJA:</b> 3<br><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><br>M.P./0.6.1.2.1 |
|   | <b>Servicio de Fisioterapia</b> |   | <b>REV:</b> 00                   |
|   | <b>Marco Jurídico</b>           |   | <b>HOJA:</b> 4<br><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.

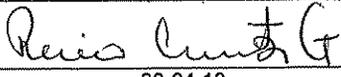
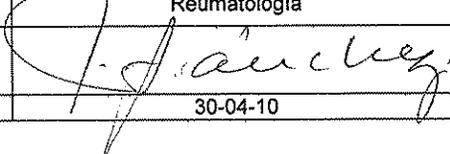
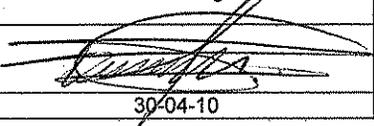
### REGLAMENTOS

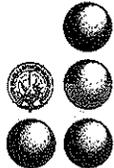
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.  
D.O.F 14-V-1986.

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><br>M.P./0.6.1.2.1 |
|   | <b>Servicio de Fisioterapia</b> |   | <b>REV:</b> 00                   |
|   | <b>Marco Jurídico</b>           |   | <b>HOJA:</b> 5<br><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.

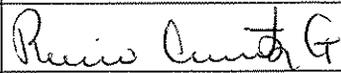
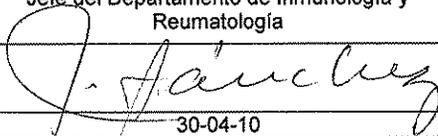
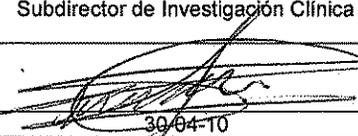
Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOLSSA1-2002, Protección ambiental, salud ambiental, residuos peligrosos biológicos infecciosos, clasificación y especificaciones de manejo.  
D.O.F. 17-II-2003

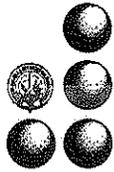
Norma Oficial Mexicana NOM-028-STPS-2004, Organización del trabajo, seguridad en los procesos de sustancias químicas.  
D.O.F. 14-I-2005

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><br>M.P./0.6.1.2.1 |
|   | <b>Servicio de Fisioterapia</b> |   | <b>REV:</b> 00                   |
|   | <b>Marco Jurídico</b>           |   | <b>HOJA:</b> 6<br><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.

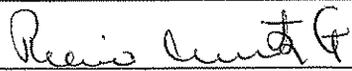
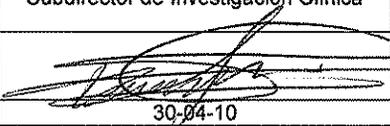
Fecha de autorización: 20-X-2009

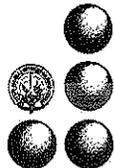
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Fecha de autorización: 20-X-2009

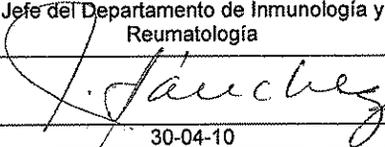
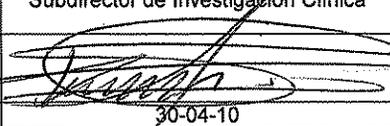
Guía para la elaboración de Manuales de Procedimientos de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud 2008.

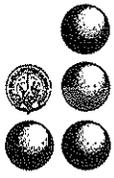
Guía Interna para la Elaboración y Actualización de Manuales Administrativos 2009.

| 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  |

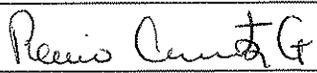
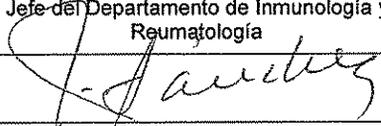
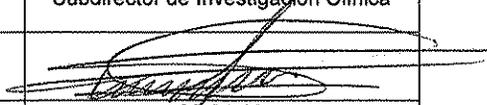
|   |                                 |   |                                  |
|---|---------------------------------|---|----------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b> |  | <b>CÓDIGO:</b><br>M.P./0.6.1.2.1 |
|   | <b>Servicio de Fisioterapia</b> |   | <b>REV:</b> 00       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

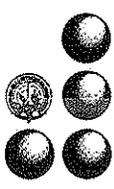
### III. PROCEDIMIENTOS PARA:

| 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><br>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<br><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><br>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.

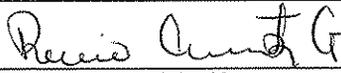
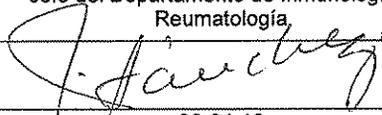
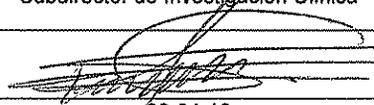
## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

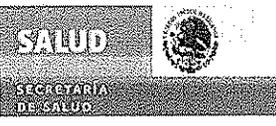
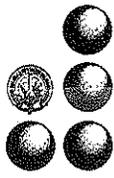
### DE LA PRECONSULTA EN FISIOTERAPIA

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 Geriatrista 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  |

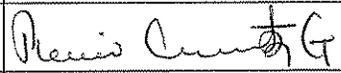
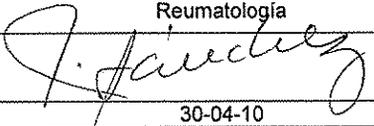
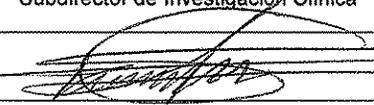
|   |   |   |                                  |
|---|---|---|----------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>                             |  | <b>CÓDIGO:</b><br>M.P./0.6.1.2.1 |
|   | <b>Servicio de Fisioterapia</b>                             |   | <b>REV:</b> 00           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

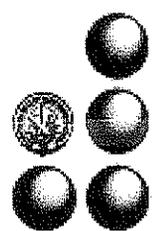
10. Los Gericultistas se dividen para otorgar la interconsulta ya que uno de ellos es responsable del sector de Geriatría por dos meses dentro de Hospitalización.
11. La Secretaria es responsable de recibir la solicitud y con la asesoría del Coordinador del Servicio de Fisioterapia designan al Fisioterapeuta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

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

##### 4.1 OTORGAR LA PRECONSULTA EN FISIOTERAPIA

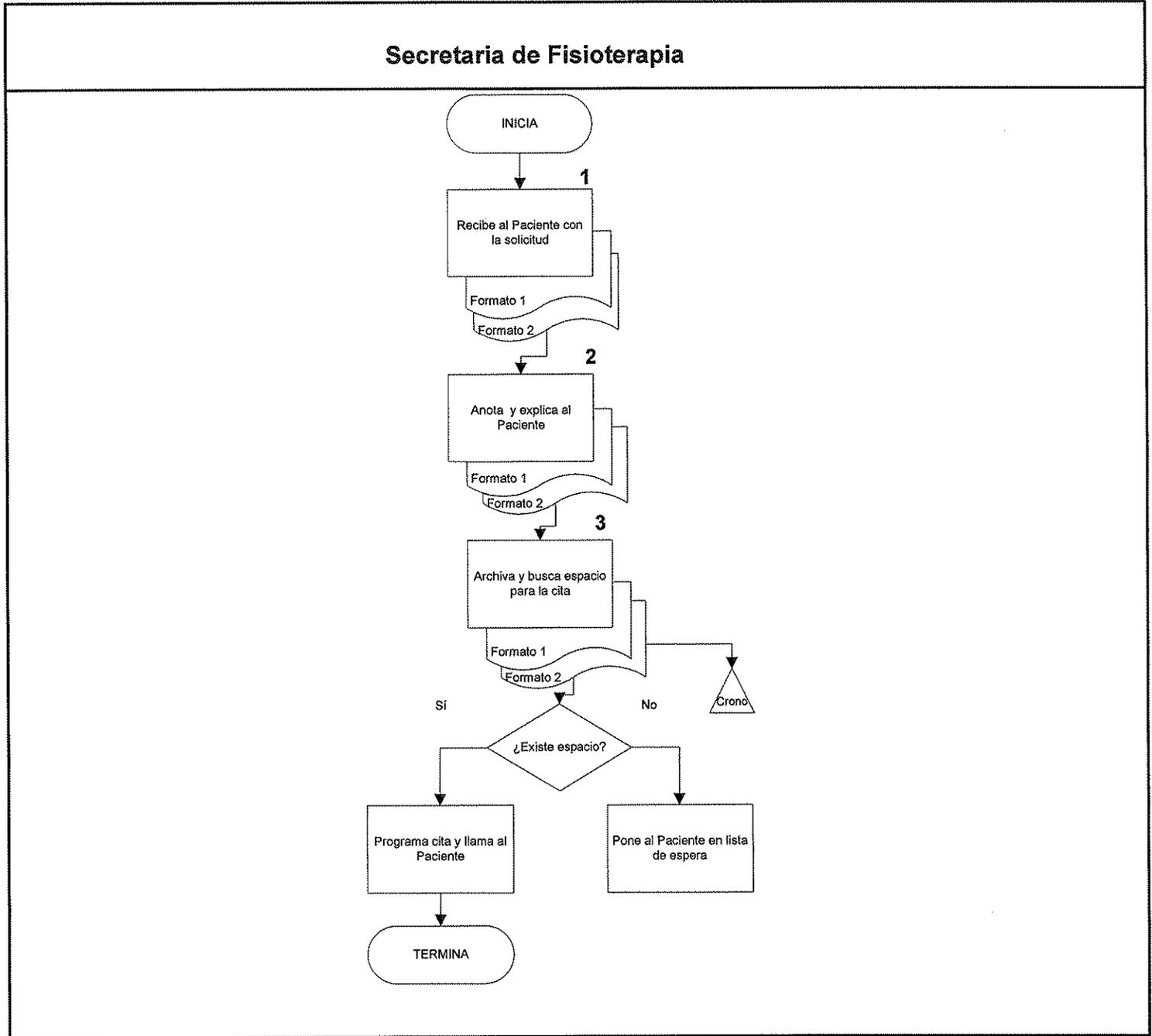
| RESPONSABLE                | ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  |
|----------------------------|-----------|--|
| Secretaria de Fisioterapia | 1         | Recibe al Paciente con la solicitud del servicio de Fisioterapia <b>(Formato 1) (Política 2)</b>   |
| Secretaria de Fisioterapia | 2         | 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.<br><br>¿Existe espacio para la cita?<br><br>Si: Programa su cita y le llama al Paciente por teléfono.<br><br>No: Lo pone en lista de espera.<br><br><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  |

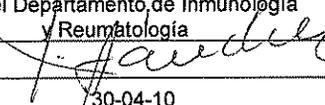
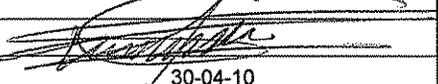
|  |   |  |                                  |
|--|---|--|----------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>                             |  | <b>CÓDIGO:</b><br>M.P./0.6.1.2.1 |
|  | <b>Servicio de Fisioterapia</b>                             |  | <b>REV:</b> 00                 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

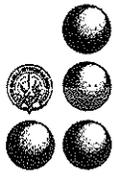
## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

### 5.1 OTORGAR LA PRECONSULTA EN FISIOTERAPIA



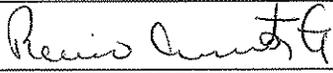
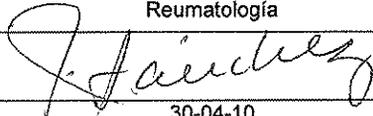
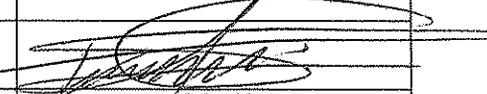
### CONTROL DE EMISIÓN

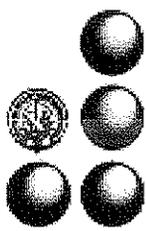
|               | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó  |
|---------------|---|--|---|
| Nombre:       | L.T.F. Rocio Cervantes Gaytán   | Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero   | Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril   |
| Cargo-puesto: | Coordinadora del Servicio de Fisioterapia   | Jefe del Departamento 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><br>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<br><b>DE:</b> 9   |

#### 4.2 OTORGAR LA PRECONSULTA EN HOSPITALIZACIÓN

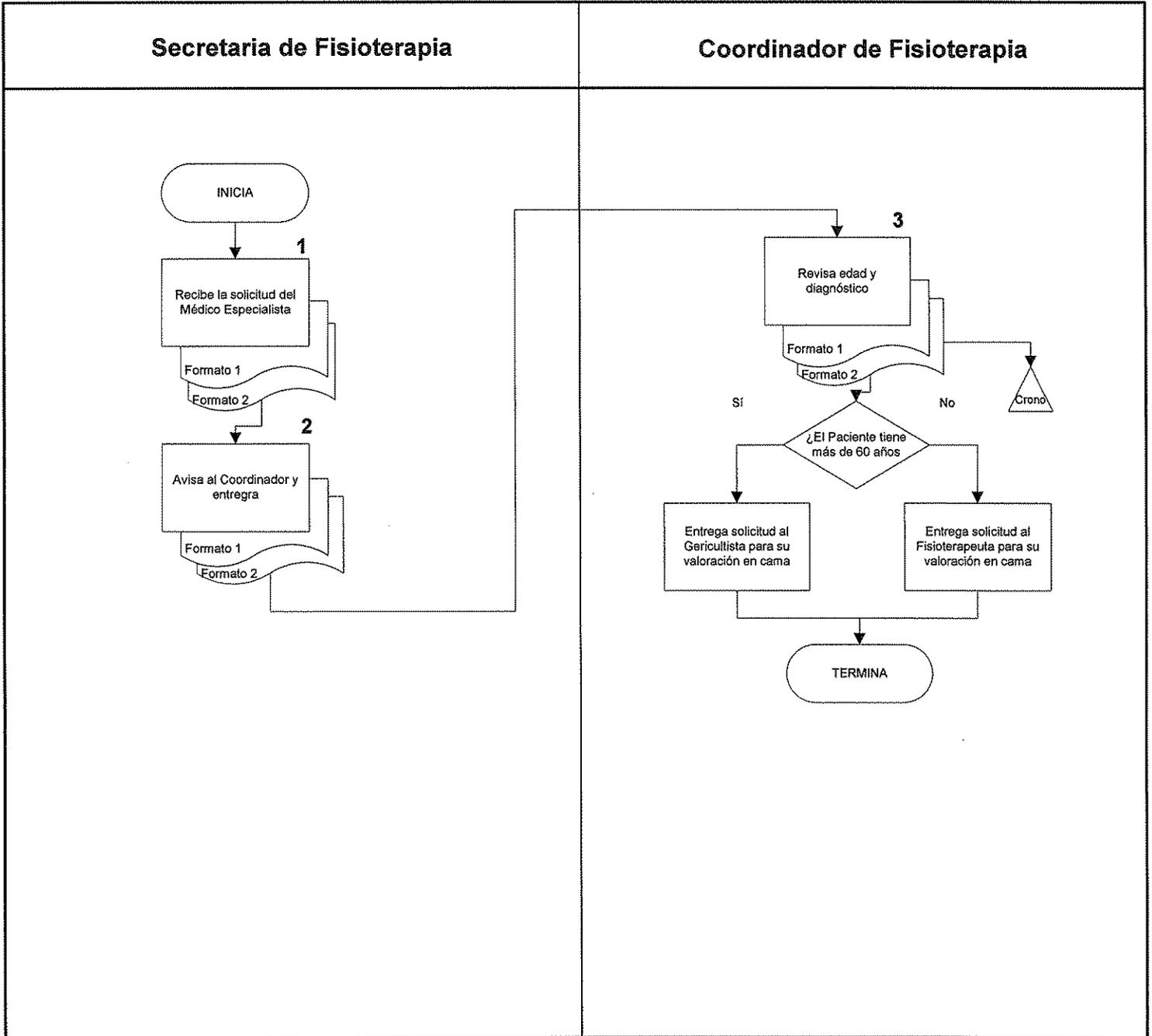
| RESPONSABLE                 | ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  |
|-----------------------------|-----------|--|
| Secretaria de Fisioterapia  | 1         | Recibe la solicitud del Paciente Hospitalizado del Médico Especialista <b>(Formato 1) (Política 11)</b>  |
| Secretaria de Fisioterapia  | 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><br><br>¿El Paciente tiene más de 60 años?<br><br>Si: Entrega la solicitud al Geriatrista para su valoración en cama.<br><br>No: Entrega la solicitud al Fisioterapeuta para su valoración en cama<br><br><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b> |

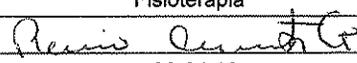
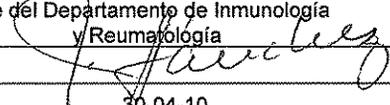
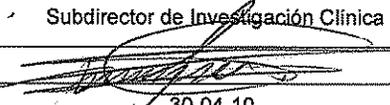
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán   | Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero   | Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril   |
| Cargo-puesto:      | Coordinadora 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  |

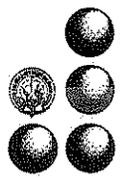
|  |   |  |                                  |
|--|---|--|----------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>                             |  | <b>CÓDIGO:</b><br>M.P./0.6.1.2.1 |
|  | <b>Servicio de Fisioterapia</b>                             |  | <b>REV:</b> 00                 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

## 6.0 REGISTRO

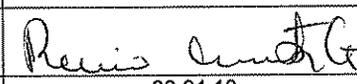
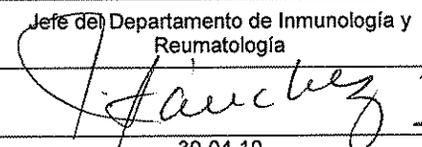
| Registros   | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo             | Código de Registro o Identificación Única |
|---|------------------------|--|---|
| Formato 1<br>Solicitud para la atención en el servicio de Fisioterapia.<br>(Original) | 5 años                 | Original<br>Secretaria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

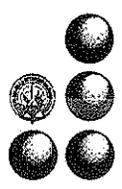
## 7.0 GLOSARIO

- 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 Geriátría** 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              |

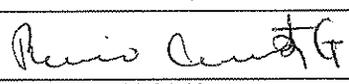
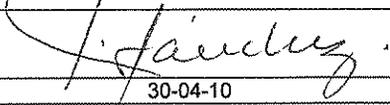
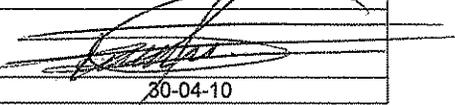
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán   | Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero   | Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril   |
| Cargo-puesto:      | Coordinadora 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  |

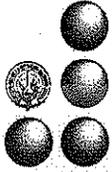
|   |   |  |                                  |
|---|---|--|----------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>                             |  | <b>CÓDIGO:</b><br>M.P./0.6.1.2.1 |
|   | <b>Servicio de Fisioterapia</b>                             |  | <b>REV:</b> 00                   |
|   | <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 \_\_\_\_\_

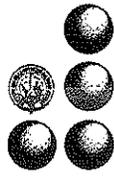
PRESCRIPCIÓN (PARA SER LLENADO SOLAMENTE POR LOS CONSULTORES)

11

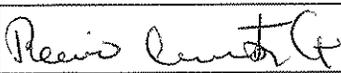
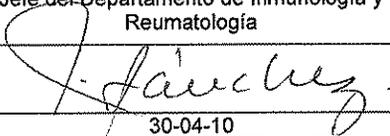
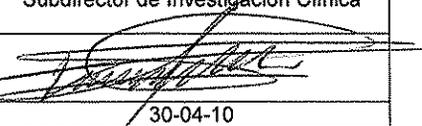
**CANCELADO**

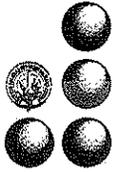
12

Firma

|   |  |   |                                  |
|---|--|---|----------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>CÓDIGO:</b><br>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><br>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<br><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

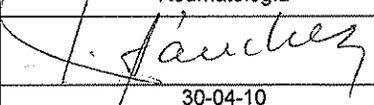
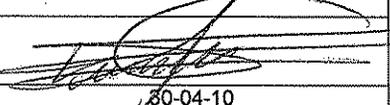
**A Nivel Interno:** Este procedimiento aplica a todas las áreas Médicas del Instituto y Servicio de Fisioterapia.

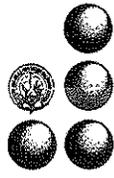
**A Nivel Externo:** Este procedimiento aplica a Pacientes.

## 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><br>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.

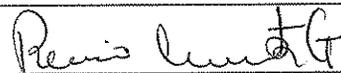
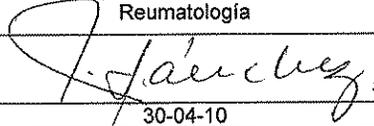
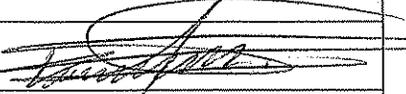
- El Paciente, una vez que realiza el pago, acude al Servicio de Fisioterapia con la Secretaria y ésta anota en bitácora de control.

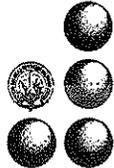
#### DE LA VALORACIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

- 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.

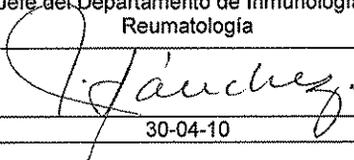
#### DEL TRATAMIENTO A LOS PACIENTES DE FISIOTERAPIA

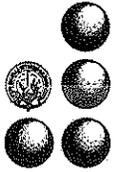
- El Paciente llega con su recibo de pago al Servicio de Fisioterapia y se reporta con la Secretaria de Fisioterapia.

| 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><br>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<br><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.

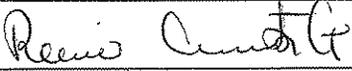
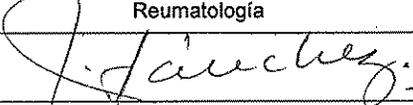
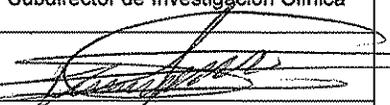
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán   | Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero   | Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril   |
| Cargo-puesto:      | Coordinadora 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  |

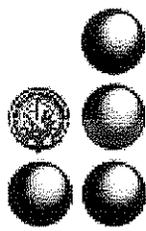
|   |  |   |                                  |
|---|--|---|----------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>CÓDIGO:</b><br>M.P./0.6.1.2.1 |
|   | <b>Servicio de Fisioterapia</b>  |   | <b>REV:</b> 01                   |
|   | <b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento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

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

##### 4.1 REALIZAR LA VALORACIÓN EN FISIOTERAPIA

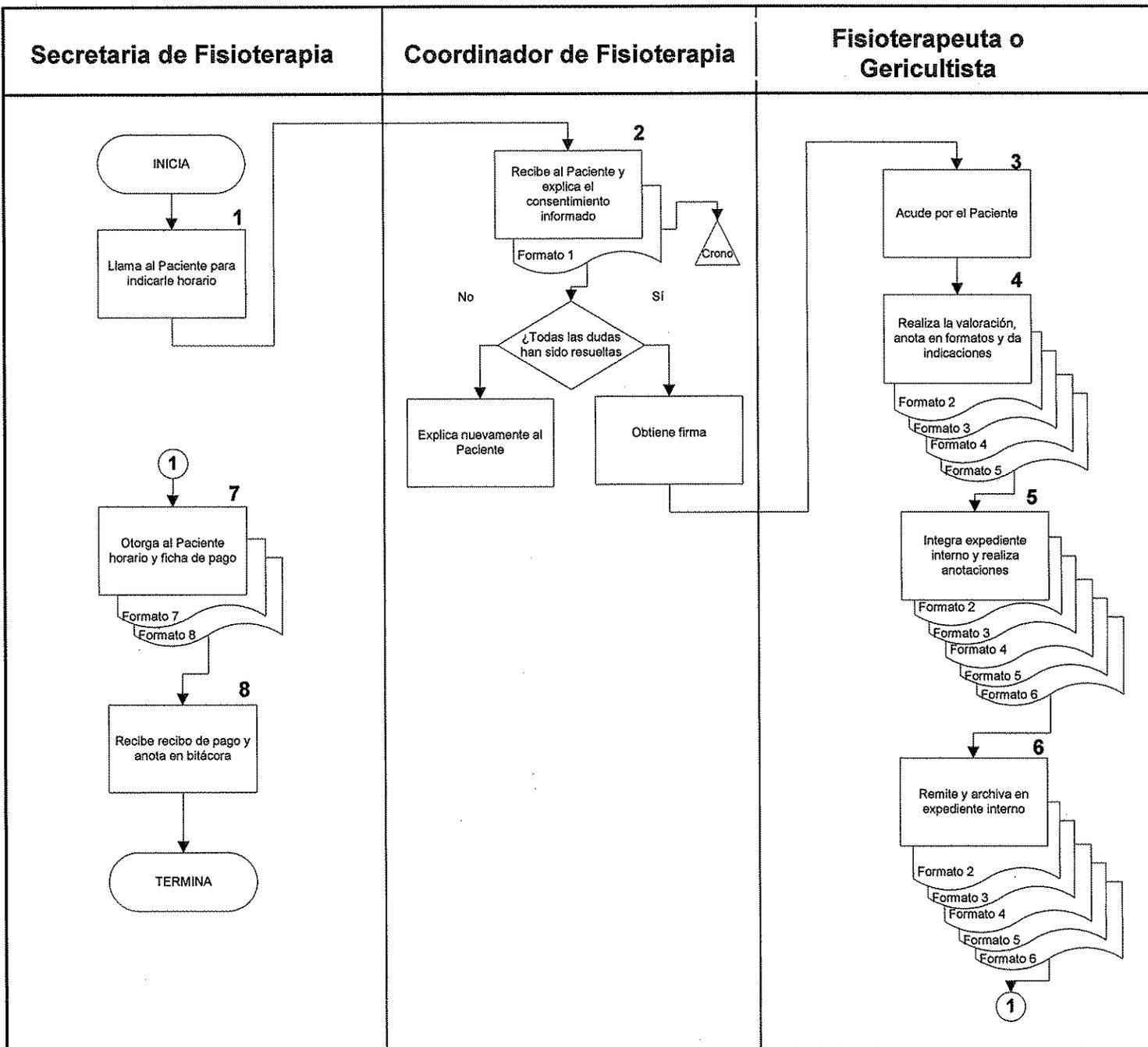
| RESPONSABLE                              | ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|--|-----------|---|
| Secretaria de Fisioterapia               | 1         | Llama telefónicamente al Paciente para indicarle el horario en que deberá presentarse ( <b>Política 1</b> )   |
| Coordinador del Servicio 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>             |           |   |

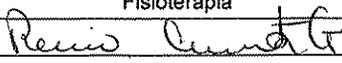
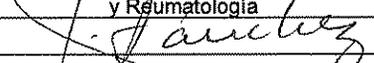
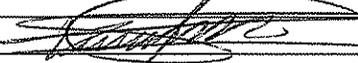
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán   | Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero   | Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril   |
| Cargo-puesto:      | Coordinadora 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  |

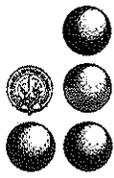
|  |  |  |                           |
|--|--|--|---------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | CÓDIGO:<br>M.P./0.6.1.2.1 |
|  | <b>Servicio de Fisioterapia</b>  |  | REV: 00                   |
|  | <b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los Pacientes de Fisioterapia</b>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

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

### 5.1 REALIZAR LA VALORACIÓN EN FISIOTERAPIA

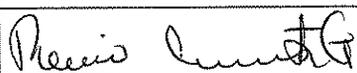
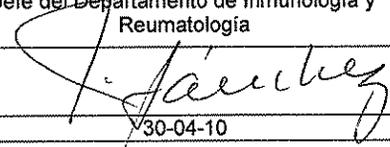
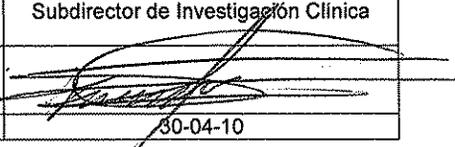


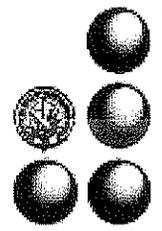
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó  |
| Nombre:            | L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán   | Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero   | Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril   |
| Cargo-puesto:      | Coordinadora del 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><br>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<br><b>DE:</b> 44  |

#### 4.2 REALIZAR LA VALORACIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

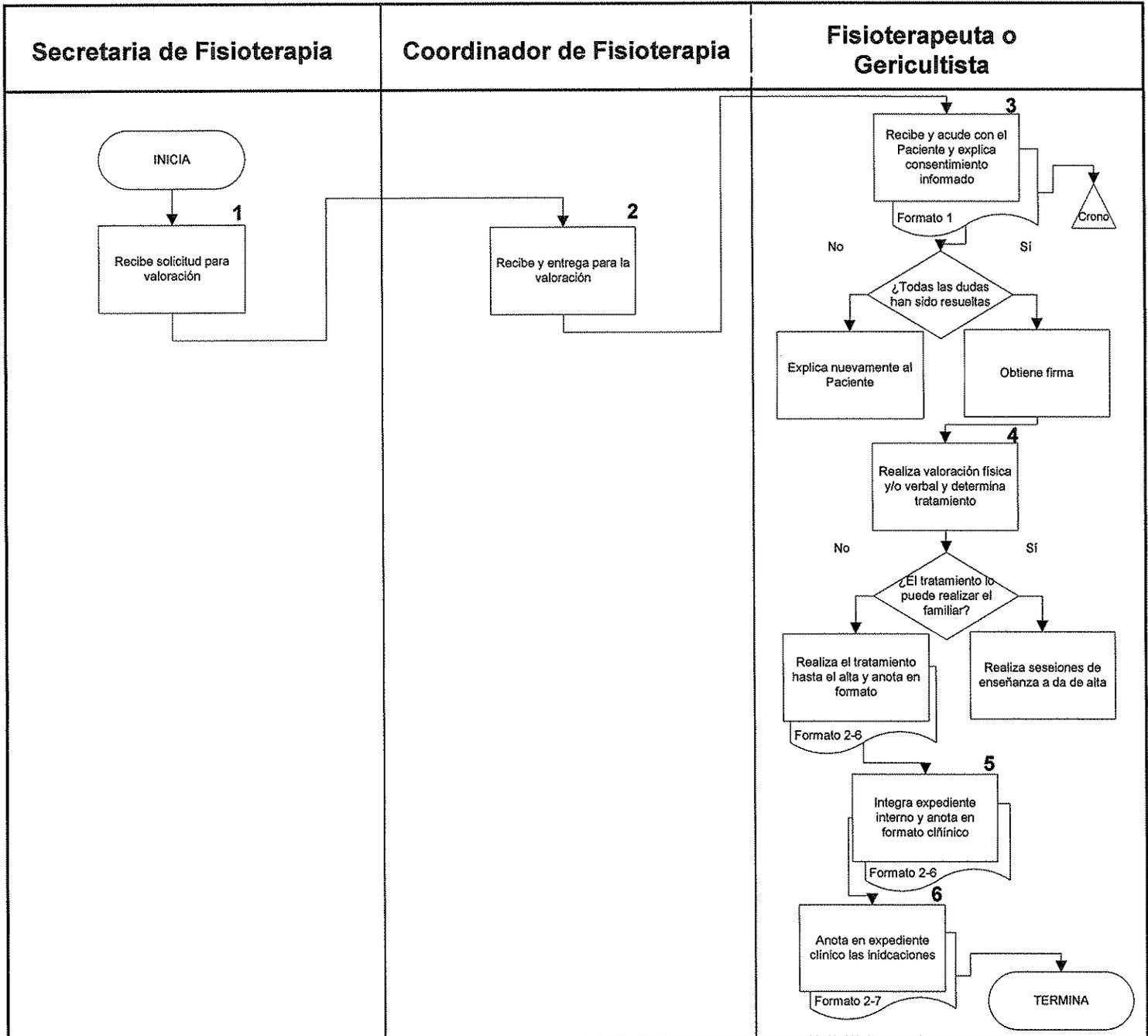
| RESPONSABLE                              | ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  |
|--|-----------|--|
| Secretaria de Fisioterapia               | 1         | Recibe de los Médicos de cada sector de hospitalización las solicitudes para la valoración de Pacientes en camas censables y no censables. <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><br><br>¿Todas las dudas han sido resueltas?<br><br>Sí: Obtiene la firma del consentimiento informado.<br><br>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.<br><br>¿El tratamiento lo puede realizar el familiar?<br><br>Sí: Realizan tres sesiones de enseñanza al familiar y se da de alta del Servicio.<br><br>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><br><br><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  |

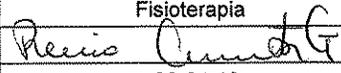
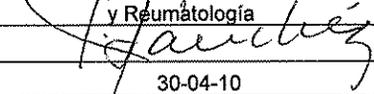
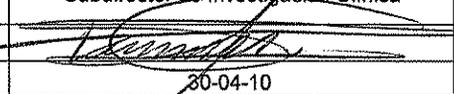
|  |  |  |                                  |
|--|--|--|----------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>CÓDIGO:</b><br>M.P./0.6.1.2.1 |
|  | <b>Servicio de Fisioterapia</b>  |  | <b>REV:</b> 00                   |
|  | <b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a los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

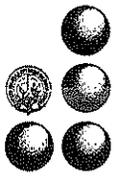
**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**

**5.2 REALIZAR LA VALORACIÓN EN HOSPITALIZACIÓN**



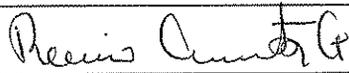
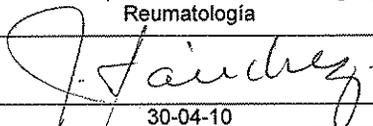
**CONTROL DE EMISIÓN**

|                      | 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><br>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                    |

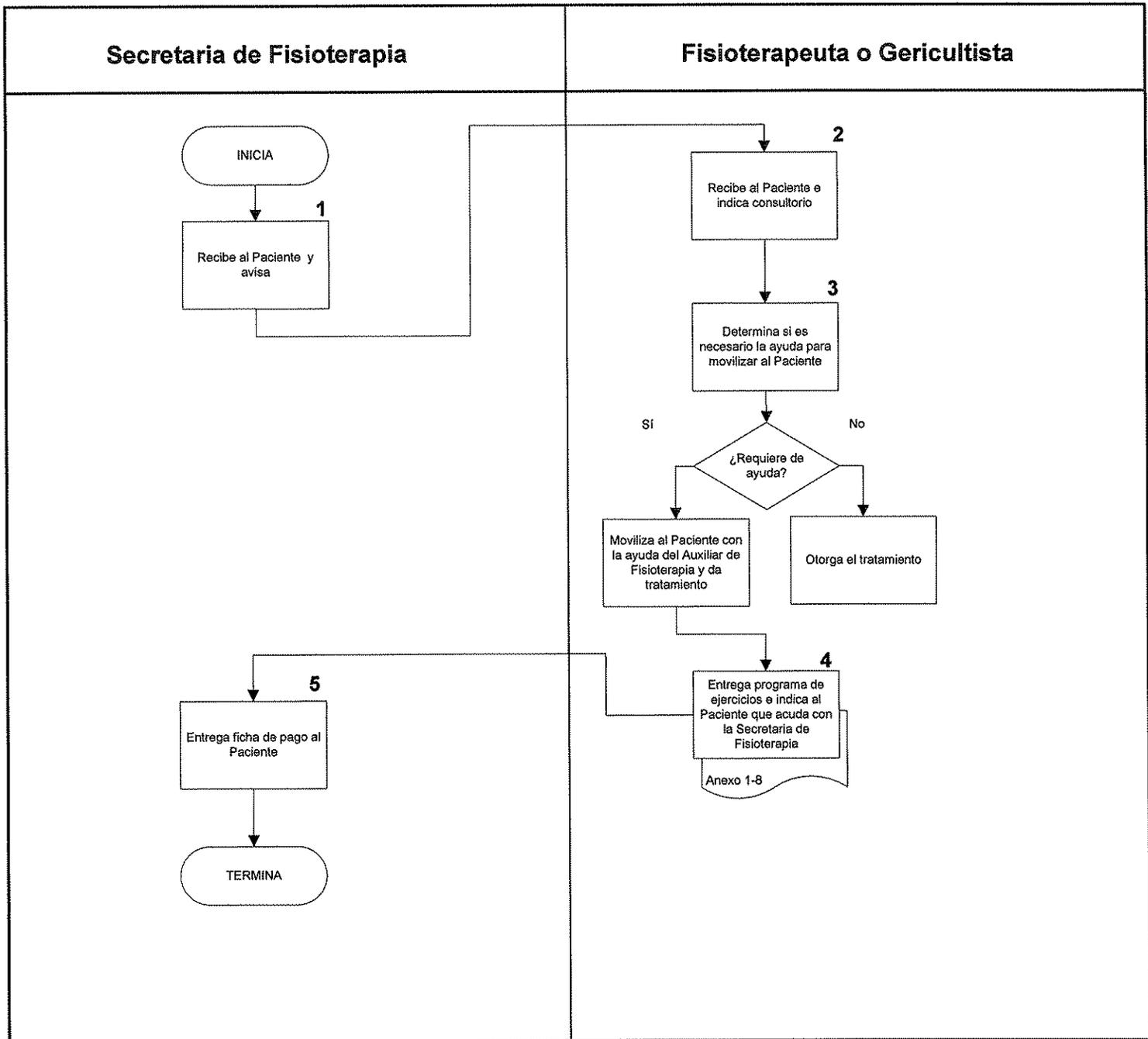
#### 4.3 REALIZAR EL TRATAMIENTO A LOS PACIENTES DE FISIOTERAPIA

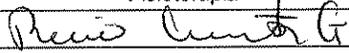
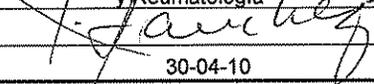
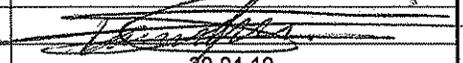
| RESPONSABLE                   | ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|-------------------------------|-----------|---|
| Secretaria de Fisioterapia    | 1         | Recibe al Paciente con su recibo de pago y avisa al Fisioterapeuta o Gericultista encargado de la llegada de éste. <b>(Política 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><br><br>¿Requiere de ayuda?<br><br>Sí: Moviliza al Paciente con la ayuda del Auxiliar de Fisioterapia y otorga el tratamiento.<br><br>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>  |           |   |

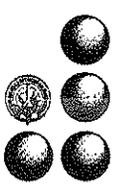
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán   | Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero   | Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril   |
| Cargo-puesto:      | Coordinadora 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  |

**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**

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



| CONTROL DE EMISION |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | 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  |

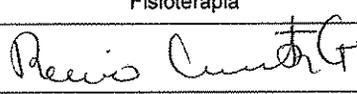
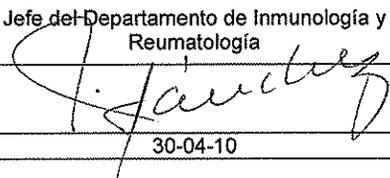
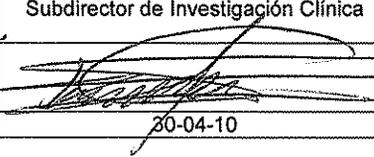
|   |  |  |                                  |
|---|--|--|----------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>CÓDIGO:</b><br>M.P./0.6.1.2.1 |
|   | <b>Servicio de Fisioterapia</b>  |  | <b>REV:</b> 01                   |
|   | <b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a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

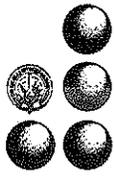
## 6.0 REGISTRO

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

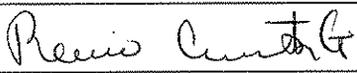
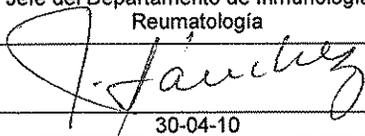
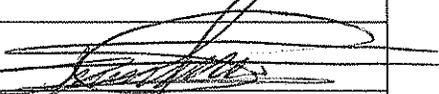
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán   | Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero   | Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril   |
| Cargo-puesto:      | Coordinadora 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  |

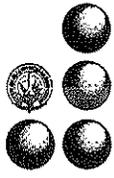
|   |  |   |                                  |
|---|--|---|----------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>CÓDIGO:</b><br>M.P./0.6.1.2.1 |
|   | <b>Servicio de Fisioterapia</b>  |   | <b>REV:</b> 01                   |
|   | <b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento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

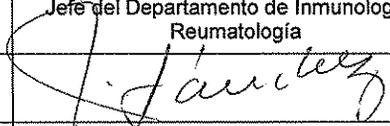
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán   | Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero   | Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril   |
| Cargo-puesto:      | Coordinadora 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  |

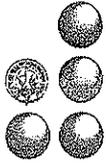
|   |  |   |                                  |
|---|--|---|----------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>CÓDIGO:</b><br>M.P./0.6.1.2.1 |
|   | <b>Servicio de Fisioterapia</b>  |   | <b>REV:</b> 01                   |
|   | <b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento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

Vasco de Quiroga 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            |

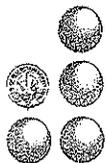
De acuerdo con la información que he recibido, los beneficios potenciales del tratamiento son mayores a la posibilidad de presentar alguna complicación.

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

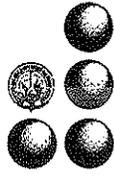
SERVICIO DE FISIOTERAPIA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO

|         |                |
|---------|----------------|
| 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.

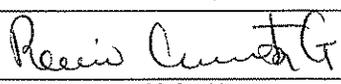
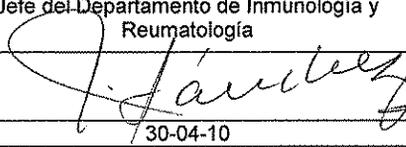
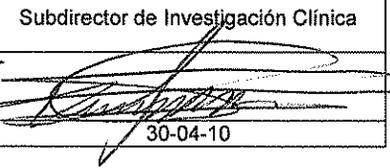
|   |       |
|---|-------|
| 8   | 9     |
| Nombre del Paciente o Representante Legal | Firma |
| 10  | 11    |
| Nombre del Testigo por parte del Paciente | Firma |
| 12  | 13    |
| Nombre del Testigo por parte del Hospital | Firma |

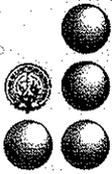
**CANCELADO**

|   |  |   |                                  |
|---|--|---|----------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>CÓDIGO:</b><br>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 Terapista: \_\_\_\_\_ 5 Fecha de elaboración: \_\_\_\_\_ 6

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

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

**CANCELADO**

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

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

|           |                         |                         |  |
|-----------|-------------------------|-------------------------|--|
|           | <i>Columna Cervical</i> |                         |  |
| 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><br>ELEVACIÓN      | 8               | 7                  |
|                    |                 | RETROVERSIÓN                     |                 |                    |
|                    |                 | ABDUCCIÓN                        |                 |                    |
|                    |                 | ABDUCCIÓN HORIZONTAL             |                 |                    |
|                    |                 | ADUCCIÓN HORIZONTAL              |                 |                    |
|                    |                 | ROTACIÓN INTERNA                 |                 |                    |
|                    |                 | ROTACIÓN EXTERNA                 |                 |                    |
|                    |                 | <u>CODO:</u><br>FLEXIÓN          |                 |                    |
|                    |                 | EXTENSIÓN                        |                 |                    |
|                    |                 | SUPINACIÓN                       |                 |                    |
|                    |                 | PRONACIÓN                        |                 |                    |
|                    |                 | <u>MUÑECA:</u><br>FLEXION DORSAL |                 |                    |
|                    |                 | FLEXION PALMAR                   |                 |                    |
|                    |                 | DESVIACIÓN CUBITAL               |                 |                    |
|                    |                 | DESVIACIÓN RADIAL                |                 |                    |
|                    |                 | <u>MANOS:</u><br>PUÑO            |                 |                    |
|                    |                 | EXTENSIÓN                        |                 |                    |
|                    |                 | OPOSICIÓN                        |                 |                    |

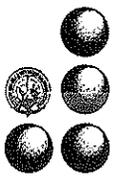
OBSERVACIONES: 9

10 ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA:

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

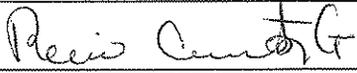
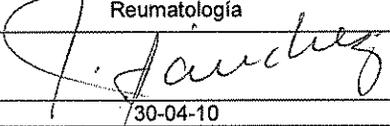
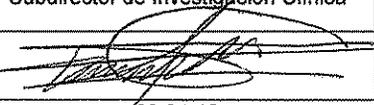
APARATOS ORTOPEDICOS:

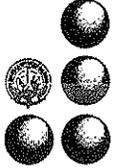
CANCELADO

|   |  |   |                                  |
|---|--|---|----------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>CÓDIGO:</b><br>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                    |

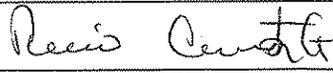
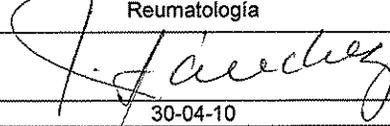
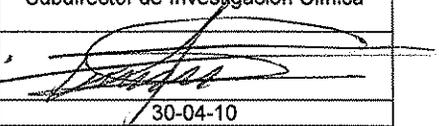
### FORMATO 9.3: VALORACIÓN POSTURAL

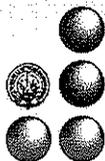
| No. | CONCEPTO                            | SE ANOTARÁ   |
|-----|-------------------------------------|--|
| 1   | Nombre                              | El nombre completo del Paciente.   |
| 2   | Fecha                               | Fecha en que se realiza la valoración del Paciente.  |
| 3   | 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 post-quirúrgico, 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><br>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:

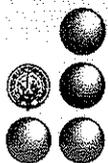
15

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# 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 Cuello

|                |       |
|----------------|-------|
| Flexión        | _____ |
| Extensión      | _____ |
| Rot. Der       | _____ |
| Rot Izq.       | _____ |
| Flex. Lat. Der | _____ |
| Flex. Lat. Izq | _____ |

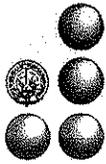
Tronco

|              |       |
|--------------|-------|
| Extensión    | _____ |
| Rot Der      | _____ |
| Rot Izq      | _____ |
| Flex Lat Der | _____ |
| Flex Lat Izq | _____ |
| Hiperext     | _____ |

Prueba de Shober

|                     |       |
|---------------------|-------|
| Flexión Lumbar      | _____ |
| Flexión Dorsal      | _____ |
| Isquitiibiales      | _____ |
| Der _____ Izq _____ |       |

- 18 OBESIDAD SOBREPESO PESO IDEAL
- 19 ESTILO DE VIDA: Sedentario Activo Muy activo \_\_\_\_\_
- 20 ZAPATOS: Adecuados Tacón 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. \_\_\_\_\_

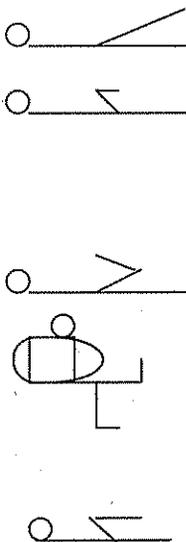
Fuerza / Tono: Abdominales. 24 Espinales \_\_\_\_\_

Palpación: Espasmo / Dolor 25

ROTS: 26

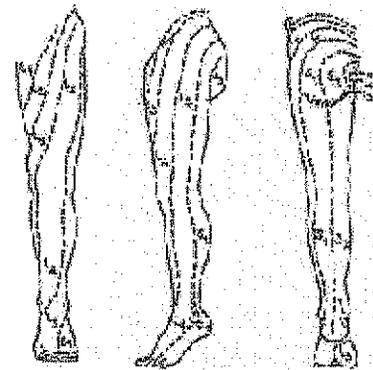
|                |   |   |        |
|----------------|---|---|--------|
| Rotuliano (L4) | ↑ | ↓ | Normal |
| Aquiles (L5)   | ↑ | ↓ | Normal |

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<br>(Dolor inguinal) |   |     |     |

DERMATOMAS 28



PLAN 29

- Cita a fisioterapia individual.
- Cita a grupo

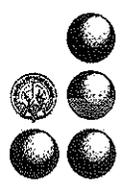
**CANCELADO**

CONCLUSION:

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

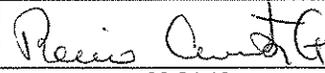
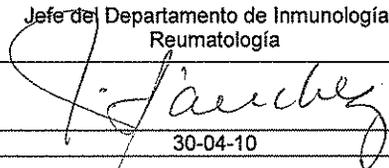
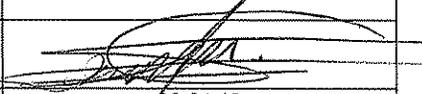
NOTAS DE EVOLUCIÓN Y ALTA:

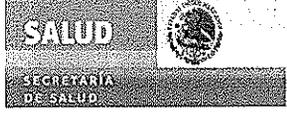
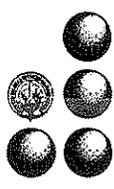
\_\_\_\_\_ 31 \_\_\_\_\_

|   |  |  |                                  |
|---|--|--|----------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>CÓDIGO:</b><br>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<br><b>DE:</b> 44 |

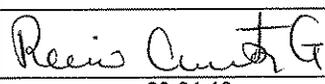
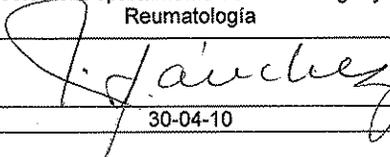
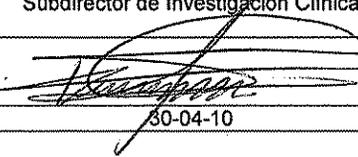
#### FORMATO 9.4: VALORACIÓN GERIÁTRICA

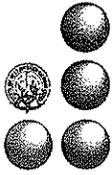
| No. | CONCEPTO   | SE ANOTARÁ  |
|-----|--|---|
| 1   | Nombre   | El nombre completo del Paciente.  |
| 2   | Reg.   | El número de registro del Paciente.   |
| 3   | C.E. , Sector, Cama  | Marcar X si el Paciente es de Consulta Externa o si es hospitalizado escribir el número de sector y cama.   |
| 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><br>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<br><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 GERIATRICA

|         |                |
|---------|----------------|
| 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**

|                | AVDB                     | ADVI                     |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| 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

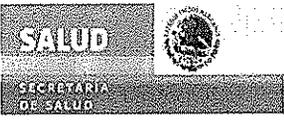
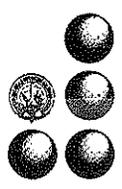
Norton: 18

Nombre y Firma del Médico solicitante

28

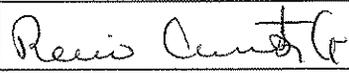
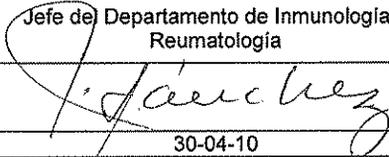
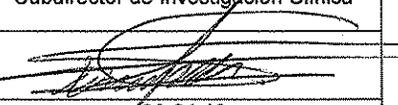
CANCELADO

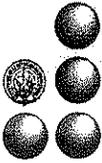


|   |  |  |                                  |
|---|--|--|----------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>CÓDIGO:</b><br>M.P./0.6.1.2.1 |
|   | <b>Servicio de Fisioterapia</b>  |  | <b>REV:</b> 01                   |
|   | <b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a 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, Orbiocular 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 \_\_\_\_\_

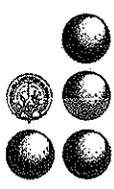
Buccinador \_\_\_\_\_

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

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

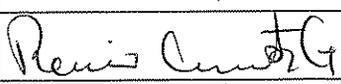
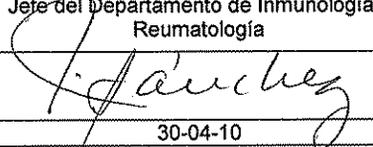
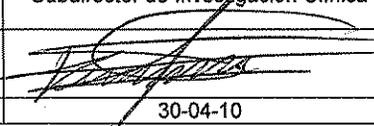
Borla de la Barba \_\_\_\_\_

**CANCELADO**

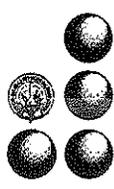
|   |  |  |                                  |
|---|--|--|----------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>CÓDIGO:</b><br>M.P./0.6.1.2.1 |
|   | <b>Servicio de Fisioterapia</b>  |  | <b>REV:</b> 01                   |
|   | <b>2. Realizar la Valoración y Tratamiento a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

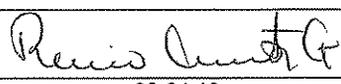
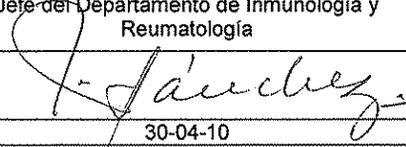
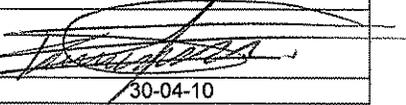
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán   | Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero   | Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril   |
| Cargo-puesto:      | Coordinadora 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><br>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><br>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

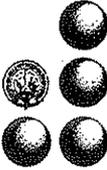
5 LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES OBSERVACIONES

|    |  |  |  |  |  |   |
|----|--|--|--|--|--|---|
| AM |  |  |  |  |  | 6 |
| PM |  |  |  |  |  |   |

CANCELADO

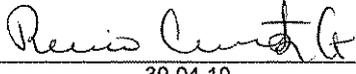
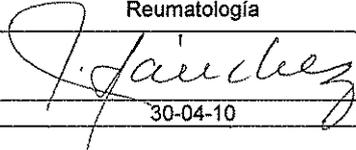
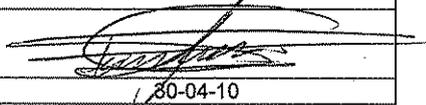
\_\_\_\_\_  
7  
FISIOTERAPISTA

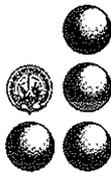
| CONTROL DE EMISIÓN   |   |   |                                      |
|----------------------|---|---|--------------------------------------|
|                      | <b>Elaboró:</b>                           | <b>Revisó:</b>                                      | <b>Autorizó:</b>                     |
| <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><br>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<br>1903 SESIÓN DE TRATAMIENTO C | Elegir si se trata de sesión o valoración.                      |

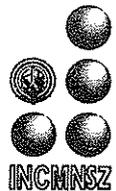
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán   | Dr. Francisco Jorge Sánchez Guerrero   | Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril   |
| Cargo-puesto:      | Coordinadora 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><br>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<br><b>DE:</b> 44 |

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGÍA Y REUMATOLOGÍA

SECCIÓN DE FISIOTERAPIA



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

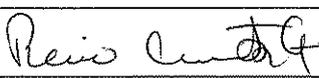
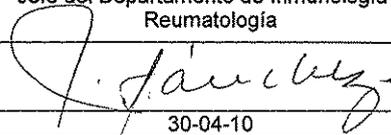
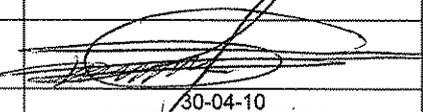
REG. No. \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ C. E. \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ CLASIFICACIÓN \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

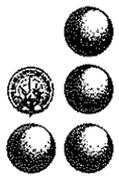
FECHA \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

**CANCELADO**

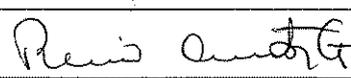
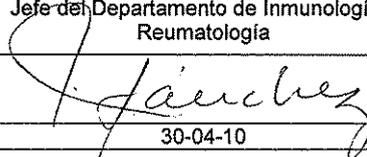
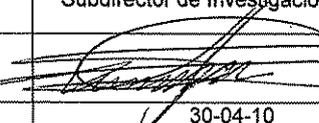
- 7 1900  VALORACIÓN 2140
- 7 1903  SESION DE TRATAMIENTO "C" 2120

20015200

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| 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><br>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:   |
| 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><br>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                    |

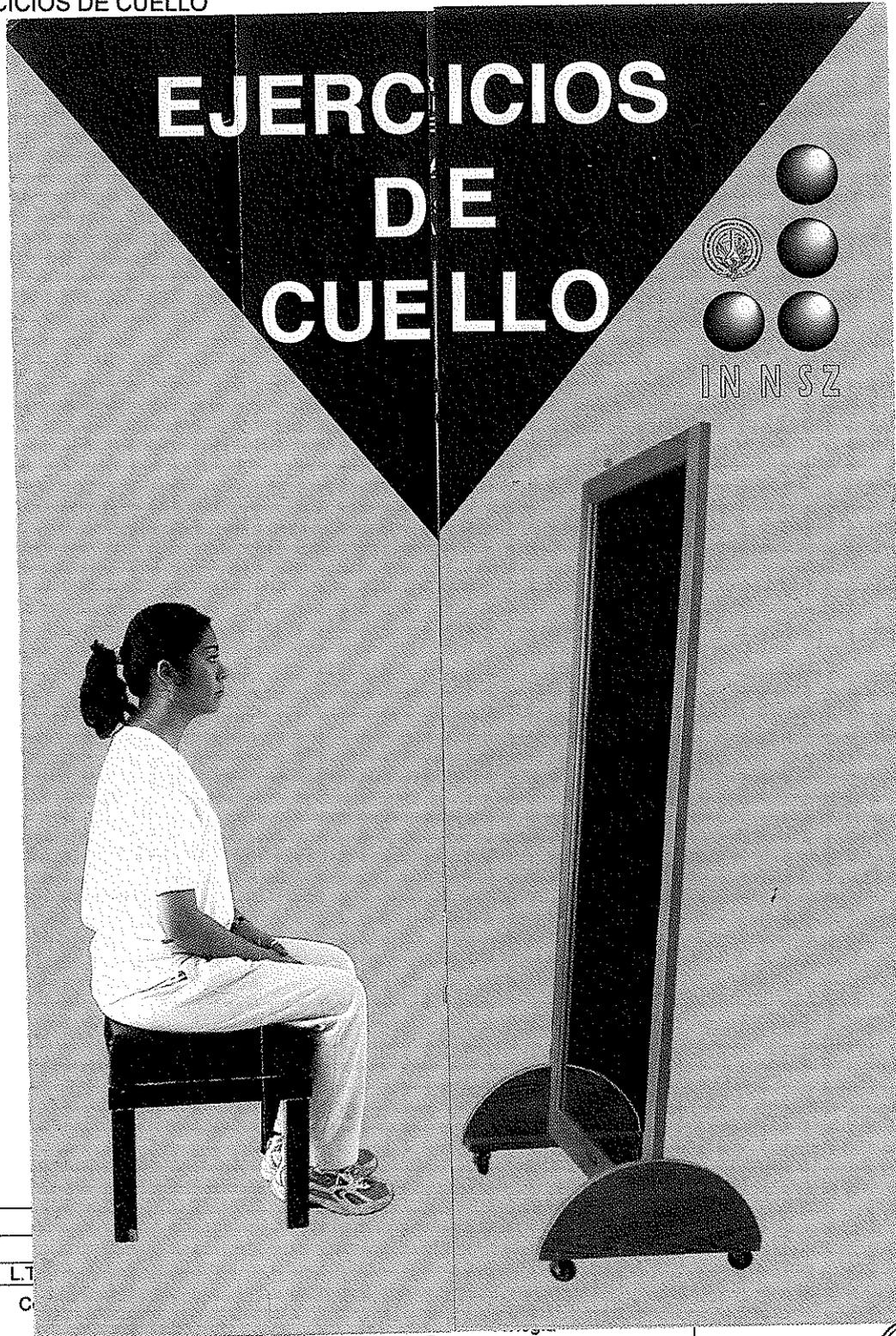
**ANEXO 1: PROGRAMA DE EJERCICIOS PARA MANOS**



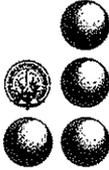
|               |          |          |                       |
|---------------|----------|----------|-----------------------|
| Nombre:       | L.T.F.   |          |                       |
| Cargo-puesto: | Coord    |          | Becerril<br>n Clínica |
| Firma:        |          |          |                       |
| Fecha:        | 30-04-10 | 30-04-10 | 30-04-10              |

|  |  |  |                                  |
|--|--|--|----------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>CÓDIGO:</b><br>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                    |

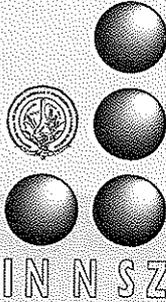
**ANEXO 2: EJERCICIOS DE CUELLO**



|               |                    |                   |                    |
|---------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| 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><br>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**

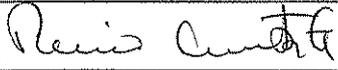
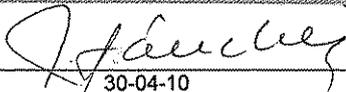
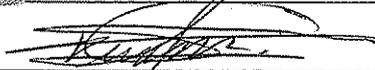


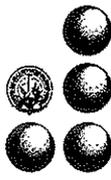
*Ejercicios  
para la  
recuperación  
de*



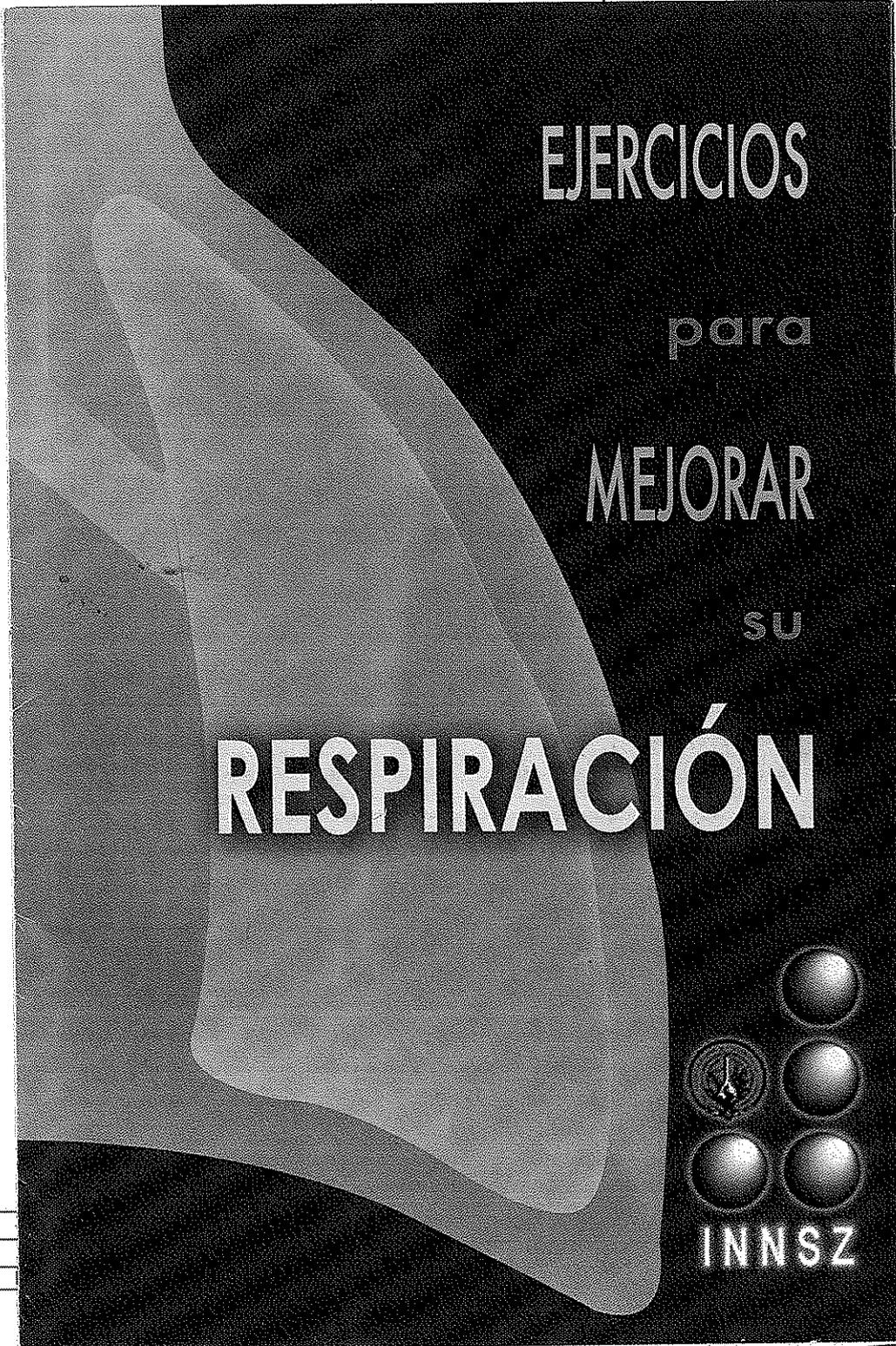
P  
a  
r  
á  
l  
i  
s  
i  
s  
  
F  
a  
c  
i  
a  
l

# PARÁLISIS FACIAL

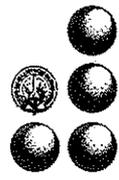
|               |   |  |   |
|---------------|---|--|---|
|               |   |  |   |
| Nombre:       |   |  | ZÓ:<br>Inojosa Becerril   |
| Cargo-puesto: |   |  | Investigación Clínica   |
| Firma:        |  |  |  |
| Fecha:        | 30-04-10  | 30-04-10   | 30-04-10  |

|  |  |   |                                  |
|--|--|---|----------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>CÓDIGO:</b><br>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                    |

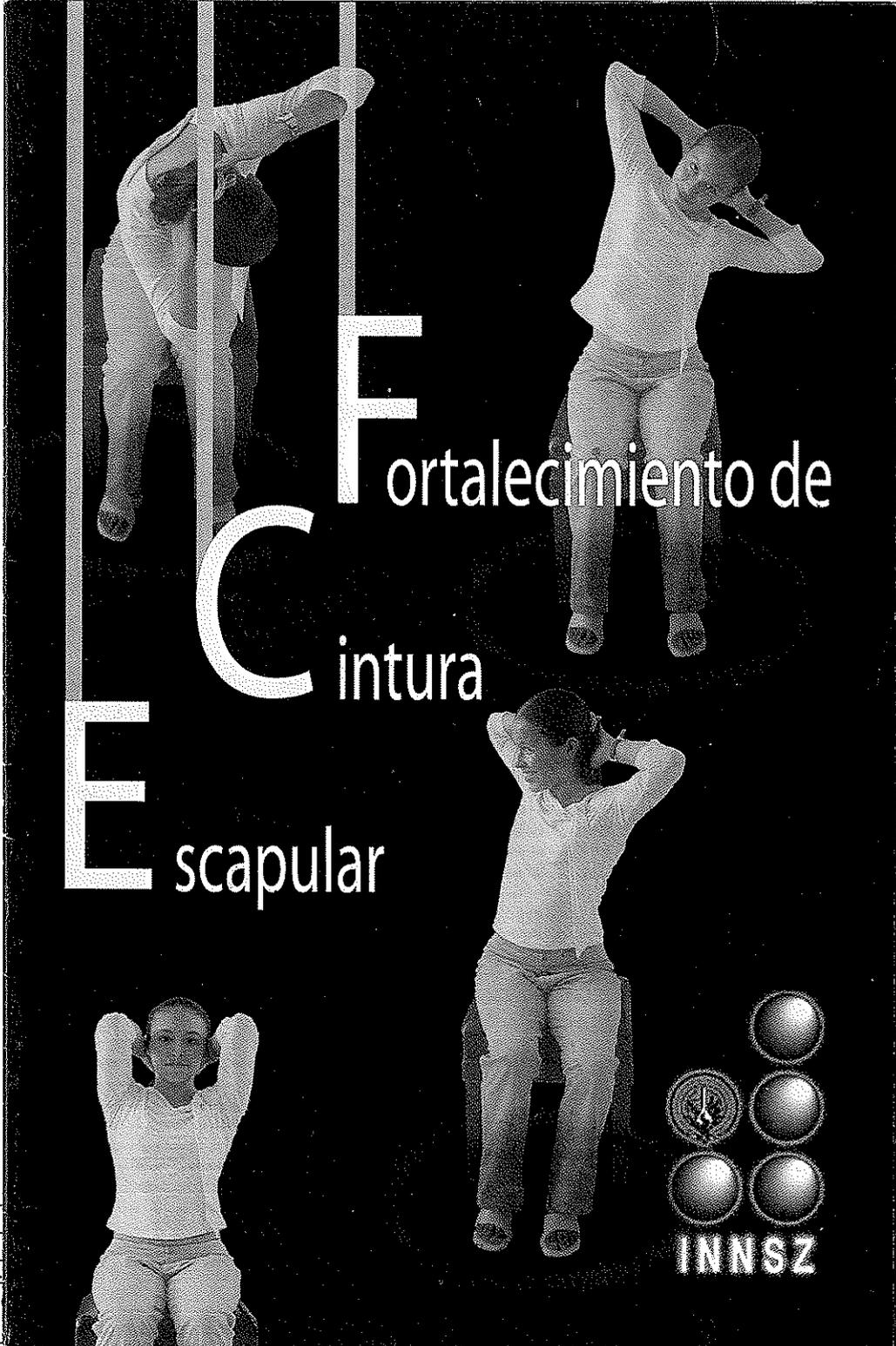
**ANEXO 4: EJERCICIOS PARA MEJORAR SU RESPIRACIÓN**



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

|  |  |   |                                  |
|--|--|---|----------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>CÓDIGO:</b><br>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                    |

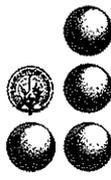
**ANEXO 5: FORTALECIMIENTO DE CINTURA ESCAPULAR**



|               |                         |                   |                    |
|---------------|-------------------------|-------------------|--------------------|
| 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           |

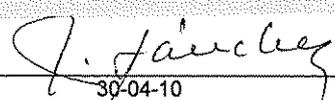
Josa Becerril  
 gación Clínica



|  |  |   |                                  |
|--|--|---|----------------------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>  |  | <b>CÓDIGO:</b><br>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**



|               |   |  |  |
|---------------|---|--|--|
| Nombre:       |   |  |  |
| Cargo-puesto: |   |  | Enfermera Becerril<br>Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Neoplasias de Cabeza y Cuello |
| Firma:        |  |  |       |
| Fecha:        | 30-04-10  | 30-04-10   | 30-04-10   |

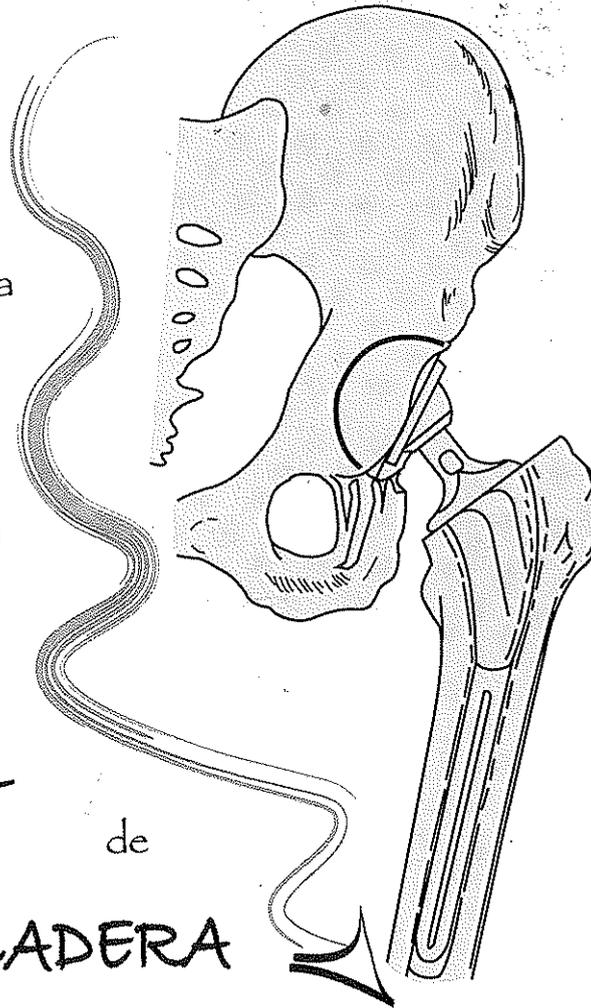
|         |                |
|---------|----------------|
| CÓDIGO: | M.P./0.6.1.2.1 |
| REV:    | 00             |
| HOJA:   | 44             |
| DE:     | 44             |



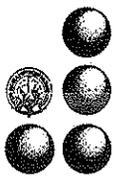
INNSZ

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><br>M.P./0.6.1.2.1 |
|   | <b>Servicio de Fisioterapia</b> |   | <b>REV:</b> 01                   |
|   | <b>Autorización</b>             |   | <b>HOJA:</b> 1<br><b>DE:</b> 2   |

**AUTORIZACIÓN**

**ELABORADO POR:**

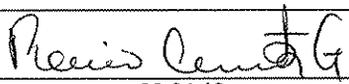
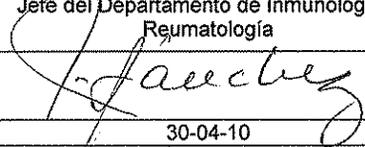
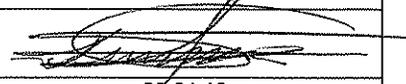


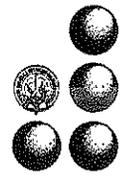
L.T.F. Rocío Cervantes Gaytán  
Coordinadora del Servicio de Fisioterapia

**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><br>M.P./0.6.1.2.1 |
|   | <b>Servicio de Fisioterapia</b> |   | <b>REV:</b> 01                   |
|   | <b>Autorización</b>             |   | <b>HOJA:</b> 2<br><b>DE:</b> 2   |

**REVISIÓN METODOLÓGICA:**

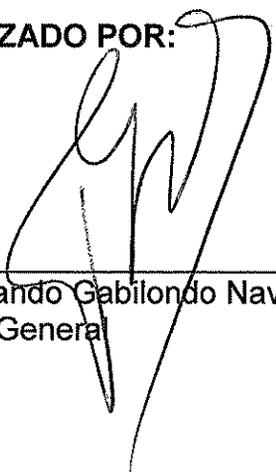


C.P. Verónica Hernández Tenorio  
Coordinadora de Organización y Modernización

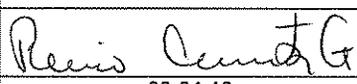
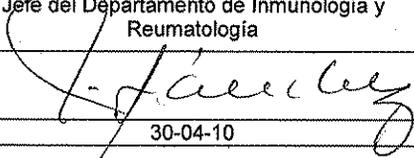
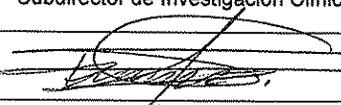


T.A. Verónica Cervantes Navarro  
Asistente Operativo del CIS

**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  |