

DIRECCIÓN DE ASISTENCIA SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON CAPACIDADES DIFERENTES

PROGRAMA DE AYUDAS FUNCIONALES

REQUISITOS PARA TRÁMITE DE AYUDA FUNCIONAL

1.- DICTAMEN MÉDICO

EJEMPLO:

El diagrama muestra un formulario de dictamen médico con las siguientes secciones y anotaciones:

- Logo:** DIF HIDALGO.
- Hoja Membretada:** Anotación en la parte superior izquierda.
- Fecha actual:** Fecha: Jueves, 02 de Febrero de 2006.
- Datos generales del paciente:** Nombre: Leonor González, Edad: 8 años.
- Diagnostico del paciente:** Dx: Herida contundente dedo medio, mano izquierda. Se indica el uso de férula para mano izquierda.
- Indicación y características del apoyo:** Sección para indicar el tipo de apoyo necesario.
- Nombre, firma y cedula profesional del doctor, así como el sello de la institución:** Sección para la firma y el sello del médico, con el ejemplo: Dr. López cadena Horacio, Cédula: 029384.

EXPEDIDO POR LA SIGUIENTES INSTITUCIONES:

AYUDAS FUNCIONALES	CRIH	CENTRO DE SALUD	HOSPITAL GENERAL (REGIONAL)	HOSPITAL INFANTIL	UBR	INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN ANDRES BUSTAMANTE
AUXILIARES AUDITIVOS	X			X		X
SILLA DE RUEDAS ESTÁNDAR Y ESPECIALES	X	X	X	X	X	
MULETAS, BASTONES, ANDADERAS	X	X	X	X	X	
PRÓTESIS DE CUALQUIER EXTREMIDAD	X		X	X		
MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS			X	X		
CALZADO ORTOPÉDICO, FÉRULAS, CORSET, APARATOS LARGOS Y CORTOS, PLATILLAS	X		X	X		

2.- COPIA DE CREDENCIAL DE ELECTOR DEL SOLICITANTE Y BENEFICIARIO, EN CASO DE NO CONTAR CON CREDENCIAL PRESENTAR COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO.

MAYORES INFORMES:

T.S. VERONICA GRANADOS RAMÍREZ.

T.S. MICAELA LOZANO BAÑOS.

TEL.: (01771)7173100 EXT: 3150

DIRECCIÓN: SALAZAR #100 COLONIA

CENTRO, PACHUCA, HIDALGO.