

Código
PR-CRO-02 R00

Fecha de emisión
10/03/2020

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Elaborar Órtesis, Prótesis, Zapatos y Ayudas Funcionales en el CROPAFY

ÍNDICE

	Página
I. OBJETIVO	2
II. ALCANCE	2
III. FUNDAMENTO LEGAL	2
IV. DEFINICIONES	2
V. RESPONSABILIDADES	4
VI. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	5
VII. INDICADOR	6
VIII. ANEXOS	7
IX. CONTROL DE CAMBIOS	7
X. FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL DOCUMENTO	7



Código
PR-CRO-02 R00

Fecha de emisión
10/03/2020

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Elaborar Órtesis, Prótesis, Zapatos y Ayudas Funcionales en el CROPAFY

I. OBJETIVO

Definir y establecer los pasos para estandarizar la elaboración de órtesis, prótesis y/o ayudas funcionales brindando servicios eficientes y de calidad.

II. ALCANCE

La aplicación y seguimiento de los pasos descritos en el presente documento son de carácter obligatorio para todo el personal adscrito al CROPAFY.

III. FUNDAMENTO LEGAL

Ámbito Federal

Artículo 1, 4, párrafo cuarto y quinto; de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 1, 2, fracción IV, V, VI, VII; 5, 24, fracción III; 27, fracción III, X; 33, fracción III; 35, 36, 37, 46, 50, 51, 52; de la Ley General de Salud.

4.6.1, 4.6.2; de las Reglas de Operación e Indicadores de Resultados del Programa de Atención a Personas con Discapacidad, publicado el 21 de febrero del año 2019.

Ámbito Estatal

Artículo 7-A, 31, fracción VII, X; 49, 50, 51, 52, 53; de la Ley de Salud del Estado de Yucatán.

Artículo 4, fracción VI; 5, 11, fracción V; 5, 11, fracción V; 14, 16, fracción VIII; de la Ley Sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social de Yucatán.

Artículo 3, 4, fracción IV; 24; del Estatuto Orgánico del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán.

Artículo 88; de la Ley para la protección de los derechos de las personas con discapacidad del Estado.

IV. DEFINICIONES

Ayudas Funcionales: Los insumos sin propiedades farmacológicas que ayudan a mejorar una función del organismo. Aparatos auxiliares como silla de ruedas, bastones, soportes y otros.

CROPAFY: Centro Regional de Órtesis, Prótesis y Ayudas Funcionales de Yucatán, dirección dependiente del DIF-Yucatán.

DIF-Yucatán: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán.





SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN YUCATÁN
Centro Regional de Órtesis, Prótesis y Ayudas Funcionales de Yucatán



Código PR-CRO-02 R00	Fecha de emisión 10/03/2020	Fecha de actualización No aplica
--------------------------------	---------------------------------------	--

Procedimiento para Elaborar Órtesis, Prótesis, Zapatos y Ayudas Funcionales en el CROPAFY

Formato de elaboración: hojas de servicios donde se detalla el tipo de aparato a ser elaborado en estos se encuentran el nombre del paciente y el número de expediente, así mismo cada uno detalla las medidas que pueden ser tomadas para cada caso (no todas serán ocupadas ya que las medidas dependerán en cada caso del tipo de órtesis, prótesis o ayuda funcional a realizar).

Hoja de Dotación: Es el formato con el cual el IMSS solicita el servicio del CROPAFY cuyo nombre completo es "Orden de dotación o reparación de prótesis, órtesis o ayudas técnicas"

Hoja de riesgo de trabajo: Hoja de riesgo de trabajo: Formatos IMSS, en el cual se cataloga como riesgo de trabajo a un trabajador que sufrió un accidente y que se le da atención en el CROPAFY, estos pueden ser:

ST-7 Aviso de atención media inicial y calificación de probable riesgo de trabajo

ST2 Dictamen de alta por riesgo de trabajo

ST-1 Aviso para calificar probable riesgo de trabajo

ST-5 o ST-3 dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo

MT-1 Aviso para calificar probable riesgo de trabajo.

Nota médica: Documento informal en donde el médico indica al paciente el uso de algún dispositivo a colocar o dirigirse a otros profesionales de la salud a los que hay que consultar (por ejemplo, un masajista-fisioterapeuta o un especialista).

Órtesis: dispositivo o aparato ortopédico que se emplea para sostener, alinear o corregir deformidades o para mejorar la función de partes móviles del cuerpo.

Paciente DIF: Personas que acuden al CROPAFY en el cual solicita un presupuesto en el cual a través del departamento de enlace ciudadano realizaran la gestión para cubrir el costo de los aparatos a realizar en el CROPAFY en su totalidad, por el DIF Yucatán, bipartita entre DIF Yucatán y DIF Municipales o familia y tripartita entre DIF Yucatán, DIF municipal y familia.

Paciente IMSS: Personas que son atendidas por riesgo de trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social quienes requieren de órtesis, prótesis o ayudas funcionales y que son enviados por este Instituto. El costo de estos aparatos es cubierto por el IMSS.

Paciente Particular: Personas que acuden al CROPAFY con requerimientos ortésicos, protésicos o ayudas funcionales que son atendidas por médicos especialistas. El costo de estos aparatos los debe cubrir el paciente mismo.

Código
PR-CRO-02 R00

Fecha de emisión
10/03/2020

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Elaborar Órtesis, Prótesis, Zapatos y Ayudas Funcionales en el CROPAFY

Pedido: Formato utilizado por DIF Yucatán en el Sistema Sipca_003sp

Personal de Laboratorio: Incluye al Técnico de Prótesis encargado del Laboratorio, auxiliares de órtesis y prótesis, zapateros y personal adscrito a esta área.

Personal Operativo de Órtesis y Prótesis: Técnico de Prótesis/Auxiliares de Órtesis y Prótesis/Zapateros

Prescripción o descripción: Una prescripción médica es un acto por el cual un médico indica a su paciente las recomendaciones que debe seguir. La prescripción médica comporta, a menudo, una lista de remedios (medicamentos) pero puede también referirse a diversos dispositivos médicos a colocar o dirigirse a otros profesionales de la salud a los que hay que consultar (por ejemplo, un masajista-fisioterapeuta o un especialista). Documento en el cual el médico por medio de un proceso clínico individualizado y dinámico, expresa los requerimientos del paciente.

Prótesis: sustituto de una parte faltante del cuerpo que se emplea por razones funcionales, estéticas o de ambos tipos.

Receta Médica: La receta médica es el documento legal por medio del cual los médicos legalmente capacitados prescriben la medicación al paciente para su dispensación por parte del farmacéutico. Pero puede también referirse a diversos dispositivos médicos a colocar.

V. RESPONSABILIDADES

1. Técnico de Prótesis
 - 1.1 Analizar y asignar las solicitudes de elaboración, mantenimiento o reparación de aparatos ortésicos o protésicos conforme a especialidades.
 - 1.2 Analizar la receta médica o descripción para la correcta elaboración de los presupuestos.
 - 1.3 Capacitar, asesorar y supervisar al personal en el desempeño de sus labores.
 - 1.4 Verificar que los aparatos cumplan con las especificaciones médicas solicitadas previamente a su entrega.
 - 1.5 Solicitar las ayudas funcionales solicitadas.
2. Personal Operativo de Órtesis y Prótesis
 - 2.1 Elaborar, reparar o dar mantenimiento a los aparatos asignados.
 - 2.2 Programar citas de los pacientes que se le han sido asignados en acuerdo con ellos.



Código
PR-CRO-02 R00

Fecha de emisión
10/03/2020

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Elaborar Órtesis, Prótesis, Zapatos y Ayudas Funcionales en el CRÖPAFY

2.3 Informar de las citas a las Secretaria/Trabajadora Social/Auxiliar

VI. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Técnico de Prótesis

1. Analiza los datos del requerimiento y define especialidad de elaboración, en caso de ser necesario.
2. Asigna tarea de elaboración al auxiliar en órtesis y prótesis o zapatero según sea la especialidad.

Nota: Las plantillas y los zapatos generalmente son asignados de manera directa por el área de la recepción.

Personal Operativo de Órtesis y Prótesis

3. Toma las medidas o molde del trabajo a realizar, donde se recibe la prescripción médica, nota médica, orden de dotación o descripción médica para transcribir lo necesario en el formato de elaboración.

Nota: Conforme a las especificaciones técnicas se tomará medidas o molde al paciente y serán anotadas en el formato de elaboración según el tipo de trabajo asignado, mismo que se le entregará en la recepción, y parte de la información adicional que tendrá será; los datos personales del paciente, la fecha y el número de expediente.

Los diferentes formatos que podrían ser asignados son los siguientes:

- F-PR-EOP-01 "Formato Información Protésica - Prótesis Transtibial".
 - F-PR-EOP-02 "Formato Información Protésica - Prótesis Transfemoral".
 - F-PR-EOP-03 "Formato Información Protésica - Prótesis Extremidad Superior".
 - F-PR-EOP-04 "Formato Información Ortésica - Aparato Largo".
 - F-PR-EOP-05 "Formato Información Ortésica - Órtesis Extremidad Superior".
 - F-PR-EOP-06 "Formato Información Ortésica - Órtesis Columna".
 - F-PR-EOP-07 "Formato Información Ortésica - Órtesis Rodilla".
 - F-PR-EOP-08 "Formato Información Ortésica - Plantilla Ortopédica".
 - F-PR-EOP-09 "Formato Información Ortésica - Órtesis Tobillo Pie".
 - F-PR-EOP-10 "Formato Información Ortésica - Órtesis Muñeca Mano".
 - F-PR-EOP-11 "Formato Información Ortésica - Órtesis Desrotadora".
 - F-PR-EOP-12 "Formato Información Ortésica - Órtesis ABD de Cadera".
 - F-PR-EOP-13 "Formato Información Ortésica - Zapato Ortopédico".
 - F-PR-EOP-14 "Formato Información Protésica - Prótesis Cosmética".
4. Canaliza al área de recepción para agendar en el carnet de citas la fecha de prueba de la órtesis, prótesis y/o zapatos, o en su caso para la entrega del mismo.



Código
PR-CRO-02 R00

Fecha de emisión
10/03/2020

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Elaborar Órtesis, Prótesis, Zapatos y Ayudas Funcionales en el CROPAFY

5. Conserva el formato para realizar la órtesis, prótesis y/o zapatos asignada. Hasta el momento de la entrega.
 6. ¿Se requiere solicitar material al DIF Estatal para la elaboración?
 - Si: Continúa a la actividad 7
 - No: Continúa a la actividad 9
 7. Elabora el pedido de material para la elaboración de órtesis, prótesis y/o zapatos o solicitud de ayudas funcionales.
 8. Espera
 9. Solicita el material para la elaboración de la órtesis, prótesis y/o zapatos al almacén o en su caso para la entrega de la ayuda funcional.
 10. Inicia el proceso de fabricación requerido conforme a especificaciones de la órtesis, prótesis y/o zapatos asignado.
- Técnico de Prótesis
11. Supervisa la fabricación conforme a especificaciones de la prescripción médica o descripción de la órtesis, prótesis y/o zapatos asignado.
 12. Firma los espacios de revisión en los formatos de elaboración.
- Personal Operativo de Órtesis y Prótesis
13. Realiza las pruebas necesarias de la órtesis, prótesis y/o zapatos con el paciente.
 Nota: Se agenda las pruebas en la recepción por la secretaria/trabajadora social/Auxiliar anotándolo en su carnet de servicios y/o se le da una hoja citas.
 14. Avisa al técnico para la revisión de la órtesis, prótesis y/o zapatos durante las pruebas.
- Técnico de Prótesis
15. Realiza la revisión final del aparato terminado y/o se realizan los ajustes finales al aparato con el paciente en caso necesario.
 16. Firma los espacios de control en los formatos de elaboración de la órtesis, prótesis y/o zapatos según sea el caso.
- Fin del Procedimiento**

VII. INDICADOR

Indicador	Fórmula	Unidad de medida	Periodicidad	Meta
Variación porcentual de órtesis, prótesis y/o zapatos elaborados.	Variación Porcentual ---> ((órtesis, prótesis y/o zapatos elaborados en el	Órtesis, Prótesis y/o Zapatos	Anual	1,650





Código PR-CRO-02 R00	Fecha de emisión 10/03/2020	Fecha de actualización No aplica
--------------------------------	---------------------------------------	--

Procedimiento para Elaborar Órtesis, Prótesis, Zapatos y Ayudas Funcionales en el CROPAFY

	año actual - órtesis, prótesis y/o zapatos elaborados en el año anterior) / órtesis, prótesis y/o zapatos elaborados en el año anterior C) *100			
--	---	--	--	--

VIII. ANEXOS

Código	Nombre del anexo	Ubicación	AT*	AC*	PTC*	Disposición final
No aplica	Diagrama de Flujo del Procedimiento para Elaborar Órtesis, Prótesis y Ayudas Funcionales en el CROPAFY	CRO	Indefinido	1 año	1 año	Eliminar

IX. CONTROL DE CAMBIOS

Fecha	Número de revisión	Actividad
10/03/2020	00	Generación del documento.

X. FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL DOCUMENTO

Autorizo

LPI. Mario Alberto Vega Bastarrachea
Director del Centro Regional de Órtesis, Prótesis y Ayudas Funcionales de Yucatán

Diagrama de Flujo del Procedimiento para Elaborar Órtesis, Prótesis, Zapatos y Ayudas Funcionales en el CROPAFY

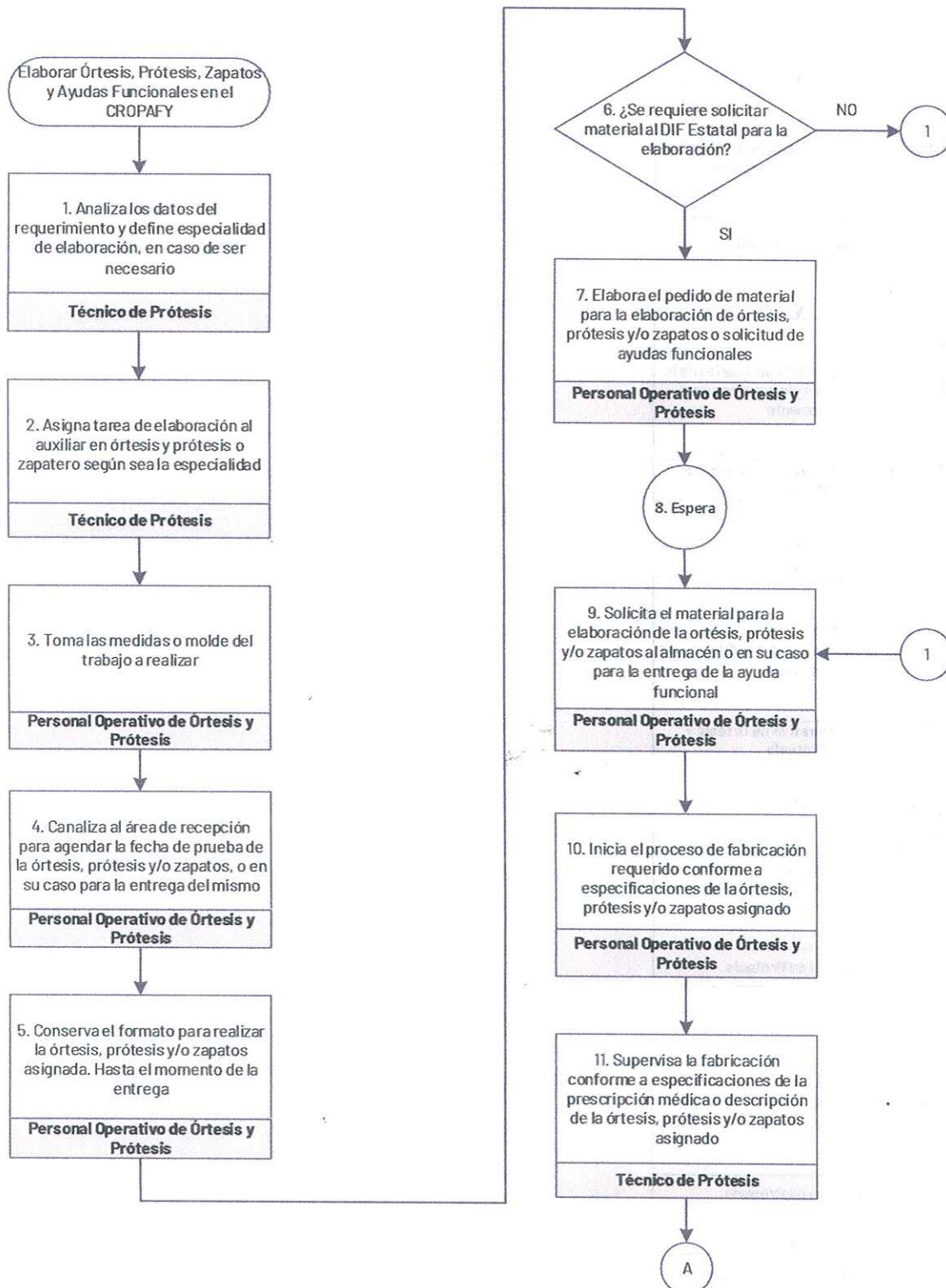
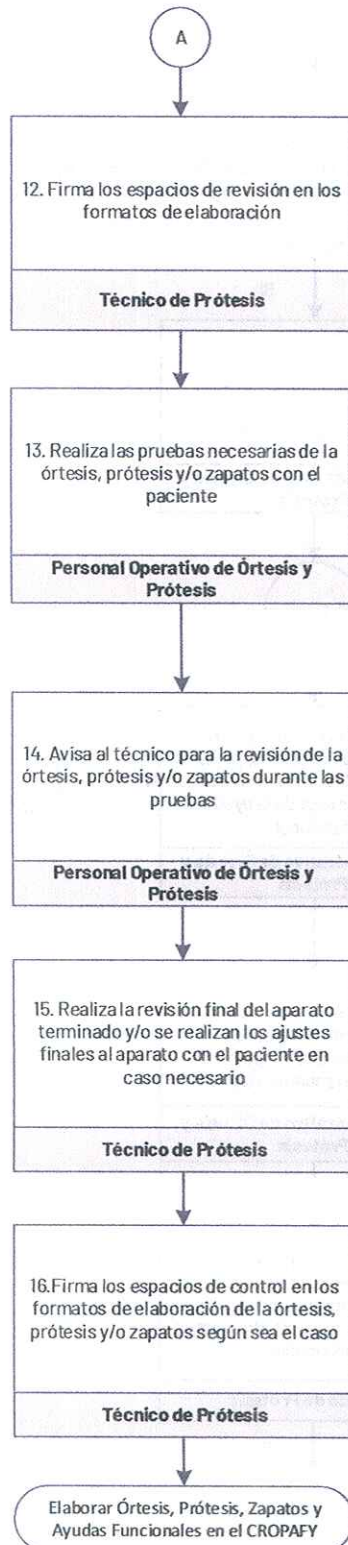



Diagrama de Flujo del Procedimiento para Elaborar Órtesis, Prótesis, Zapatos y Ayudas Funcionales en el CROPAFY





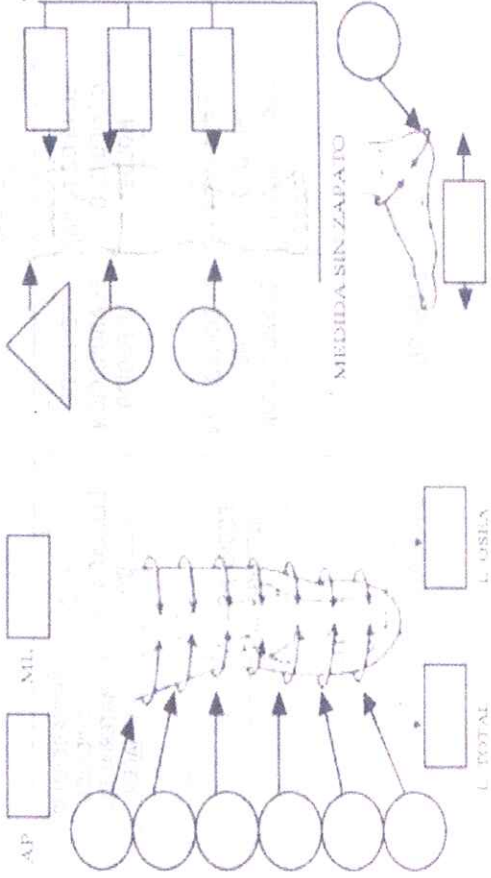
Formato Información Protésica - Prótesis Transbital

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EXPEDIENTE: _____ FECHA: _____
 SEXO: H M EDAD: _____ TIPO DE PACIENTE: DIF IMSS PARTICULAR
 PROTESIS ANTERIORES: SI NO LADO: IZQUIERDO DERECHO REPARACION:
 PRESCRIPCION: _____

OBSERVACIONES: _____

CATACTERICAS Y MEDIDAS PROTESICAS

TIPO DE PROTESIS: _____
 TIPO DE SOQUE: _____
 TIPO DE PIE: _____
 TIPO DE RODILLA: _____
 SIST. DE SUSPENSION: _____



FECHA DE TOMA DE MEDIDAS / MOLDE	FECHA DE ELABORACION DE PEDIDO	***FECHA DE LLEGADA DE PEDIDO	FECHA DE SALIDA DE PIEZAS O MATERIAL DEL ALMACEN
* FECHA DE INICIO DE ELABORACION	**FECHA DE FIN DE ELABORACION	FECHA DE ENTREGA	REVISO

ELABORO	APROBO

* La fecha de inicio de la elaboración será el día de la salida de las piezas del almacén.
 ** La fecha de inicio de elaboración en caso de NO requerir piezas será considerado el día de la salida del material para su elaboración.
 *** El fin de la elaboración será considerado el día que el aparato ortopédico/prótesis/zapato esté listo para la primera prueba con el paciente.
 *** Se debe revisar que las piezas sean las correctas antes de sacarlas del almacén y/o el material sea el adecuado.



Formato Información Protésica - Prótesis Transfemororal

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EXPEDIENTE: _____ FECHA: _____

SEXO: H M EDAD: _____ TIPO DE PACIENTE: DIF IMSS PARTICULAR

PROTESIS ANTERIORES: SI NO LADO: IZQUIERDO DERECHO REPARACION:

PRESCRIPCION: _____

OBSERVACIONES: _____

CATACTERICAS Y MEDIDAS PROTESICAS

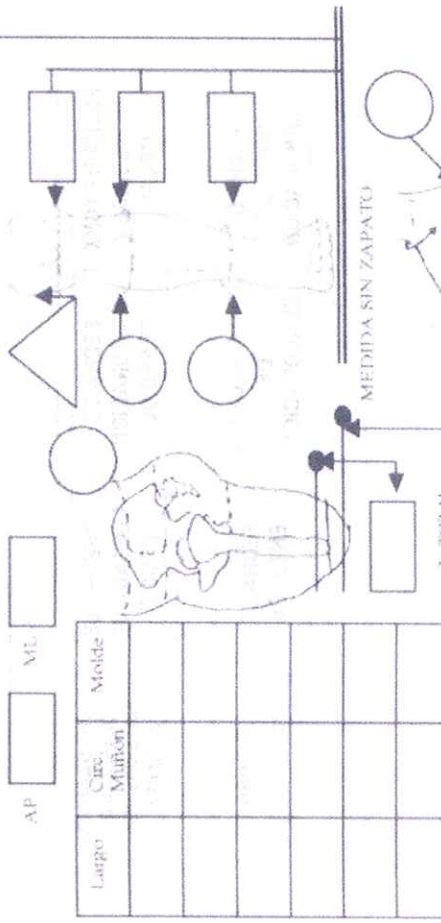
TIPO DE PROTESIS: _____

TIPO DE SOQUE: _____

TIPO DE PIE: _____

TIPO DE RODILLA: _____

SIST. DE SUSPENSION: _____



FECHA DE TOMA DE MEDIDAS / MOLDE	FECHA DE ELABORACION DE PEDIDO	***FECHA DE LLEGADA DE PEDIDO	FECHA DE SALIDA DE PIEZAS O MATERIAL DEL ALMACEN
* FECHA DE INICIO DE ELABORACION	**FECHA DE FIN DE ELABORACION	FECHA DE ENTREGA	REVISO

ELABORO	APROBO

* La fecha de inicio de la elaboración será el día de la salida de las piezas del almacén.
 * La fecha de inicio de elaboración en caso de NO requerir piezas será considerado el día de la salida del material para su elaboración.
 ** El fin de la elaboración será considerado el día que el aparato ortopédico/prótesis/zapato esté listo para la primera prueba con el paciente.
 *** Se debe revisar que las piezas sean las correctas antes de sacarlas del almacén y/o el material sea el adecuado.



Formato Información Protésica - Prótesis Extremidad Superior

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EXPEDIENTE: _____ FECHA: _____
SEXO: H M EDAD: _____ TIPO DE PACIENTE: DIF IMSS PARTICULAR
PRÓTESIS ANTERIORES: SI NO LADO: IZQUIERDO DERECHO REPARACION:

PRESCRIPCIÓN: _____

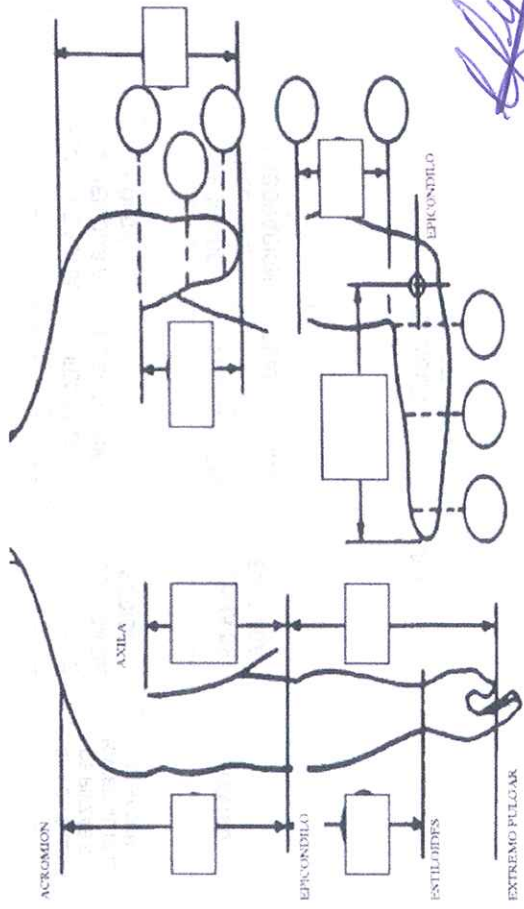
OBSERVACIONES: _____

CATACTERISTICAS Y MEDIDAS PROTÉSICAS

TIPO DE PROTÉSIS: _____ TIPO DE SOQUET: _____
TIPO DE CODO: _____ UNIDAD TERMINAL: _____
SIST. DE SUSPENSION: _____ GUANTE COSMÉTICO: _____
ARNES: _____ ART. DE MUÑECA: _____
ART. DE HOMBRO: _____ OTRO: _____

FECHA DE TOMA DE MEDIDAS / MOLDE	FECHA DE ELABORACION DE PEDIDO	***FECHA DE LLEGADA DE PEDIDO	FECHA DE SALIDA DE PIEZAS O MATERIAL DEL ALMACEN
* FECHA DE INICIO DE ELABORACION	**FECHA DE FIN DE ELABORACION	FECHA DE ENTREGA	REVISO

ELABORO	APROBO
---------	--------



[Handwritten signature]

* La fecha de inicio de la elaboración será el día de la salida de las piezas del almacén.
* La fecha de inicio de elaboración en caso de NO requerir piezas será considerado el día de la salida del material para su elaboración.
** El fin de la elaboración será considerado el día que el aparato ortopédico/prótesis/zapato esté listo para la primera prueba con el paciente.
*** Se debe revisar que las piezas sean las correctas antes de sacarlas del almacén y/o el material sea el adecuado.



Formato Información Ortésica - Aparato Largo

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EXPEDIENTE: _____ FECHA: _____

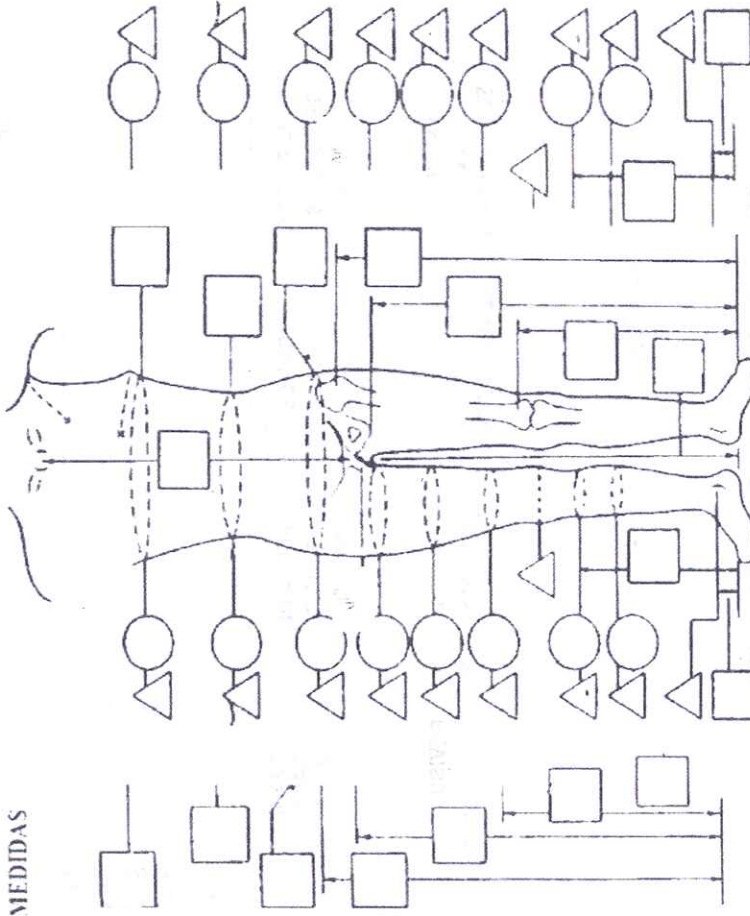
SEXO: H M EDAD: _____ TIPO DE PACIENTE: DIF IMSS PARTICULAR

ORTESIS ANTERIORES: SI NO LADO: IZQUIERDO DERECHO REPARACION:

PRESCRIPCION: _____

OBSERVACIONES: _____

MEDIDAS



FECHA DE TOMA DE MEDIDAS / MOLDE	FECHA DE ELABORACION DE PEDIDO	***FECHA DE LLEGADA DE PEDIDO	FECHA DE SALIDA DE PIEZAS O MATERIAL DEL ALMACEN
* FECHA DE INICIO DE ELABORACION	**FECHA DE FIN DE ELABORACION	FECHA DE ENTREGA	REVISO

ELABORO	APROBO

* La fecha de inicio de la elaboración será el día de la salida de las piezas del almacén.
 * La fecha de inicio de elaboración en caso de NO requerir piezas será considerado el día de la salida del material para su elaboración.
 ** El fin de la elaboración será considerado el día que el aparato ortésico/prótesis/zapato esté listo para la primera prueba con el paciente.
 *** Se debe revisar que las piezas sean las correctas antes de sacarlas del almacén y/o el material sea el adecuado.



Formato Información Ortésica – Órtesis Extremidad Superior

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EXPEDIENTE: _____ FECHA: _____

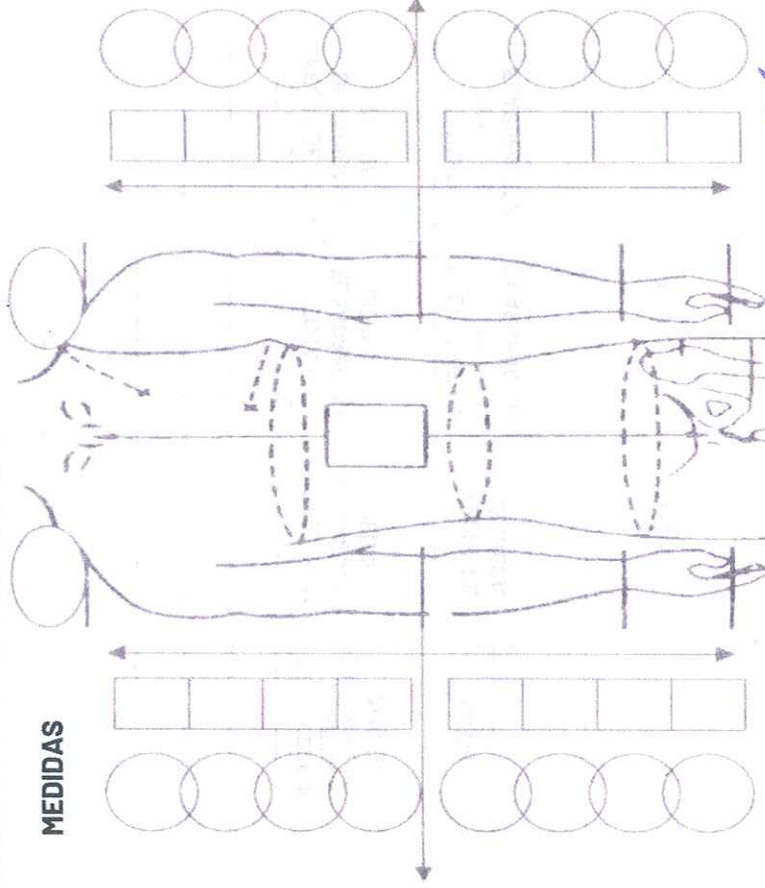
SEXO: H M EDAD: _____ DIF IMSS PARTICULAR

ORTESIS ANTERIORES: SI NO LADO: IZQUIERDO DERECHO REPARACION:

PRESCRIPCION: _____

OBSERVACIONES: _____

MEDIDAS



[Handwritten signature]

FECHA DE TOMA DE MEDIDAS / MOLDE	FECHA DE ELABORACION DE PEDIDO	***FECHA DE LLEGADA DE PEDIDO	FECHA DE SALIDA DE PIEZAS O MATERIAL DEL ALMACEN
* FECHA DE INICIO DE ELABORACION	**FECHA DE FIN DE ELABORACION	FECHA DE ENTREGA	REVISO

ELABORO	APROBO

* La fecha de inicio de la elaboración será el día de la salida de las piezas del almacén.
 * La fecha de inicio de elaboración en caso de NO requerir piezas será considerado el día de la salida del material para su elaboración.
 ** El fin de la elaboración será considerado el día que el aparato ortésico/prótesis/zapato esté listo para la primera prueba con el paciente.
 *** Se debe revisar que las piezas sean las correctas antes de sacarlas del almacén y/o el material sea el adecuado.



Formato Información Ortésica - Órtesis Columna

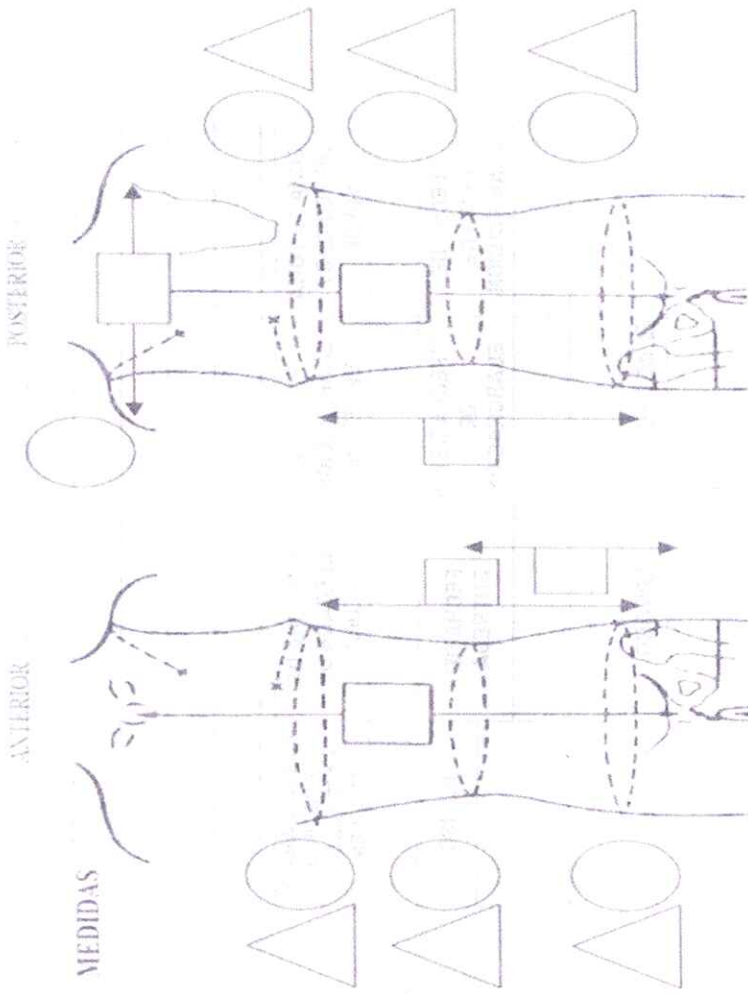
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EXPEDIENTE: _____ FECHA: _____

SEXO: H M EDAD: _____ TIPO DE PACIENTE: DIF IMSS PARTICULAR

ORTESIS ANTERIORES: SI NO LADO: IZQUIERDO DERECHO REPARACION:

PRESCRIPCION: _____

OBSERVACIONES: _____



FECHA DE TOMA DE MEDIDAS / MOLDE	FECHA DE ELABORACION DE PEDIDO	****FECHA DE LLEGADA DE PEDIDO	FECHA DE SALIDA DE PIEZAS O MATERIAL DEL ALMACEN
* FECHA DE INICIO DE ELABORACION	**FECHA DE FIN DE ELABORACION	FECHA DE ENTREGA	REVISO

ELABORO	APROBO
---------	--------

* La fecha de inicio de la elaboración será el día de la salida de las piezas del almacén.
 * La fecha de inicio de elaboración en caso de NO requerir piezas será considerado el día de la salida del material para su elaboración.
 ** El fin de la elaboración será considerado el día que el aparato ortésico/prótesis/zapato esté listo para la primera prueba con el paciente.
 *** Se debe revisar que las piezas sean las correctas antes de sacarlas del almacén y/o el material sea el adecuado.

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN YUCATÁN
Centro Regional de Órtesis, Prótesis y Ayudas Funcionales de Yucatán

Formato Información Ortésica - Órtesis Rodilla

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EXPEDIENTE: _____ FECHA: _____

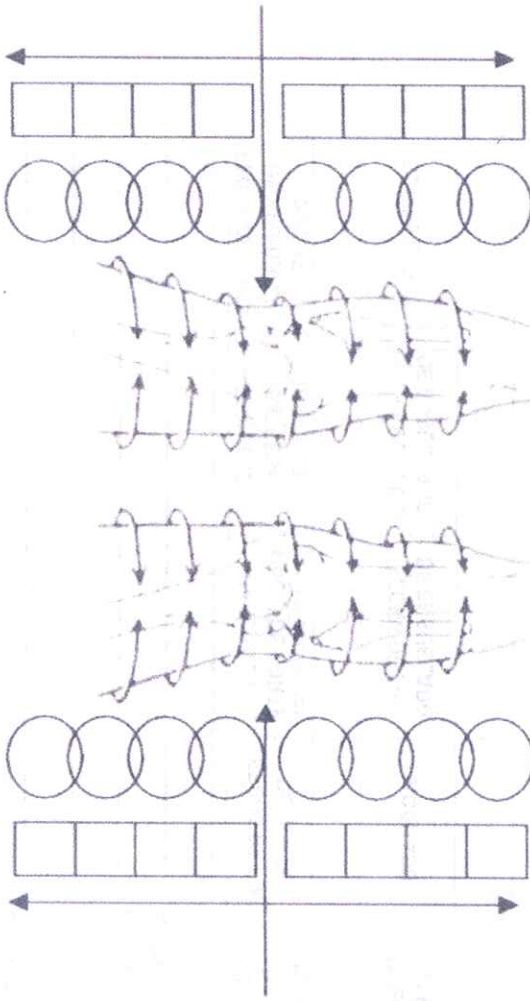
SEXO: H M EDAD: _____ DIF IMSS PARTICULAR

ORTESIS ANTERIORES: SI NO LADO: IZQUIERDO DERECHO REPARACION:

PRESCRIPCION: _____

OBSERVACIONES: _____

MEDIDAS



FECHA DE TOMA DE MEDIDAS / MOLDE	FECHA DE ELABORACION DE PEDIDO	***FECHA DE LLEGADA DE PEDIDO	FECHA DE SALIDA DE PIEZAS O MATERIAL DEL ALMACEN
* FECHA DE INICIO DE ELABORACION	**FECHA DE FIN DE ELABORACION	FECHA DE ENTREGA	REVISO

ELABORO	APROBO



* La fecha de inicio de la elaboración será el día de la salida de las piezas del almacén.
* La fecha de inicio de elaboración en caso de NO requerir piezas será considerado el día de la salida del material para su elaboración.
** El fin de la elaboración será considerado el día que el aparato ortopédico/prótesis/zapato esté listo para la primera prueba con el paciente.
*** Se debe revisar que las piezas sean las correctas antes de sacarlas del almacén y/o el material sea el adecuado.



Formato Información Ortésica - Zapato Ortopédico

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EXPEDIENTE: _____ FECHA: _____

SEXO: H M EDAD: _____ TIPO DE PACIENTE: DIF IMSS PARTICULAR

ZAPATOS ANTERIORES: SI NO LADO: IZQUIERDO DERECHO REPARACION:

PRESCRIPCION: _____

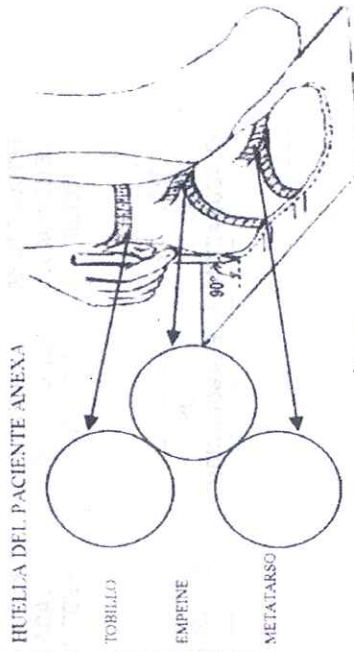
OBSERVACIONES: _____

CARACTERISTICAS DEL ZAPATO
 BIGOTELO TERESIANO LISO
 BEISBOLERO CHOCLO
 1 TRABA 2 TRABAS
 BLANCO NEGRO
 AUMENTO: SI NO

LARGO DEL PIE	
DERECHO	IZQUIERDO
TALLA DEL ZAPATO	
DERECHO	IZQUIERDO

FECHA DE TOMA DE MEDIDAS / MOLDE	FECHA DE ENTREGA PROGRAMADA	*FECHA DE INICIO DE ELABORACIÓN	FECHA DE FIN DE CORTE	FECHA DE INICIO DE MONTAJE	FECHA DE FIN DE MONTAJE
RECIBE CORTE	FECHA DE INICIO DE ENSUELADO	FECHA DE FIN DE ENSUELADO	ACABADO	***FECHA DE TERMINO	FECHA DE ENTREGA

ELABORO	REVISION	APROBO



[Handwritten signature]

* La fecha de inicio de la elaboración será el día de la salida de las piezas del almacén.
 * La fecha de inicio de elaboración en caso de NO requerir piezas será considerado el día de la salida del material para su elaboración.
 ** El fin de la elaboración será considerado el día que el aparato ortésico/prótesis/zapato esté listo para la primera prueba con el paciente.
 *** Se debe revisar que las piezas sean las correctas antes de sacarlas del almacén y/o el material sea el adecuado.



Formato Información Ortésica - Plantilla Ortopédica

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EXPEDIENTE: _____ FECHA: _____

SEXO: H M EDAD: _____ TIPO DE PACIENTE: DIF IMSS PARTICULAR

ORTESIS ANTERIORES: SI NO LADO: IZQUIERDO DERECHO REPARACION: _____

PRESCRIPCION: _____

OBSERVACIONES: _____

CARACTERISTICAS DE LA PLANTILLA

LE									
DE									
I									
DE									

CARACTERISTICAS Y MEDIDAS DEL PIE

HUELLA DEL PACIENTE ANEXA

TALLA DEL ZAPATO: _____



ELABORO	APROBO

LARGO DEL PIE

[Handwritten signature]

* La fecha de inicio de la elaboración será el día de la salida de las piezas del almacén.
 * La fecha de inicio de elaboración en caso de NO requerir piezas será considerado el día de la salida del material para su elaboración.
 ** El fin de la elaboración será considerado el día que el aparato ortopésico/prótesis/zapato esté listo para la primera prueba con el paciente.
 *** Se debe revisar que las piezas sean las correctas antes de sacarlas del almacén y/o el material sea el adecuado.



Formato Información Ortésica – Órtesis Tobillo Pie

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EXPEDIENTE: _____ FECHA: _____

SEXO: H M EDAD: _____ TIPO DE PACIENTE: DIF IMSS PARTICULAR

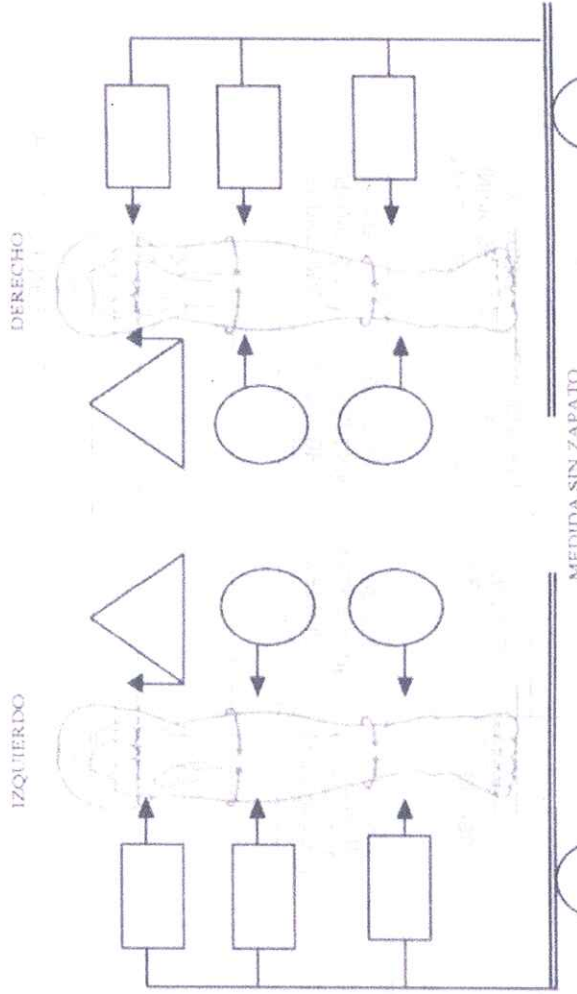
ORTESIS ANTERIORES: SI NO LADO: IZQUIERDO DERECHO REPARACION:

PRESCRIPCION: _____

OBSERVACIONES: _____

FECHA DE TOMA DE MEDIDAS / MOLDE	FECHA DE ELABORACION DE PEDIDO	***FECHA DE LLEGADA DE PEDIDO	FECHA DE SALIDA DE PIEZAS O MATERIAL DEL ALMACEN
* FECHA DE INICIO DE ELABORACION	**FECHA DE FIN DE ELABORACION	FECHA DE ENTREGA	REVISO

ELABORO	APROBO



* La fecha de inicio de la elaboración será el día de la salida de las piezas del almacén.
 * La fecha de inicio de elaboración en caso de NO requerir piezas será considerado el día de la salida del material para su elaboración.
 ** El fin de la elaboración será considerado el día que el aparato ortésico/prótesis/zapato esté listo para la primera prueba con el paciente.
 *** Se debe revisar que las piezas sean las correctas antes de sacarlas del almacén y/o el material sea el adecuado.



Formato Información Ortésica - Órtesis Muñeca Mano

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EXPEDIENTE: _____ FECHA: _____

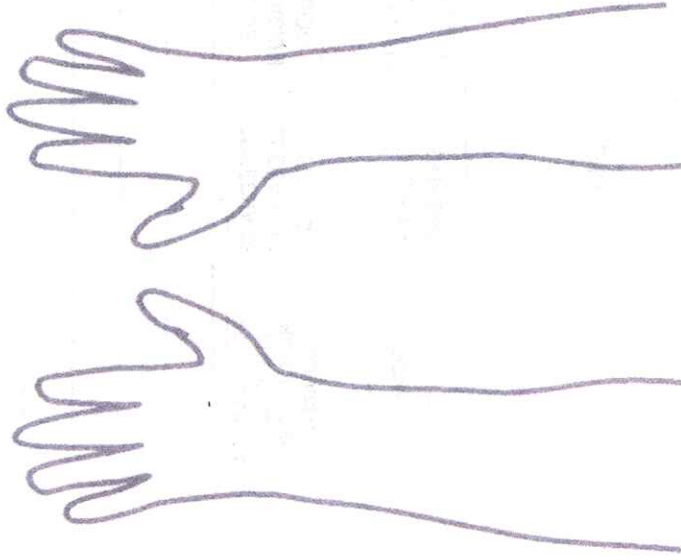
SEXO: H M EDAD: _____ TIPO DE PACIENTE: DIF IMSS PARTICULAR

ORTESIS ANTERIORES: SI NO LADO: IZQUIERDO DERECHO REPARACION:

PRESCRIPCION: _____

OBSERVACIONES: _____

MEDIDAS



FECHA DE TOMA DE MEDIDAS / MOLDE	FECHA DE ELABORACION DE PEDIDO	***FECHA DE LLEGADA DE PEDIDO	FECHA DE SALIDA DE PIEZAS O MATERIAL DEL ALMACEN
* FECHA DE INICIO DE ELABORACION	**FECHA DE FIN DE ELABORACION	FECHA DE ENTREGA	REVISO

ELABORO	APROBO
---------	--------

* La fecha de inicio de la elaboración será el día de la salida de las piezas del almacén.
 * La fecha de inicio de elaboración en caso de NO requerir piezas será considerado el día de la salida del material para su elaboración.
 ** El fin de la elaboración será considerado el día que el aparato ortésico/prótesis/co/zapato esté listo para la primera prueba con el paciente.
 *** Se debe revisar que las piezas sean las correctas antes de sacarlas del almacén y/o el material sea el adecuado.



Formato Información Ortésica – Órtesis Desrotadora

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EXPEDIENTE: _____ FECHA: _____

SEXO: H M EDAD: _____ DIF IMSS PARTICULAR

ORTESIS ANTERIORES: SI NO LADO: IZQUIERDO DERECHO REPARACION: _____

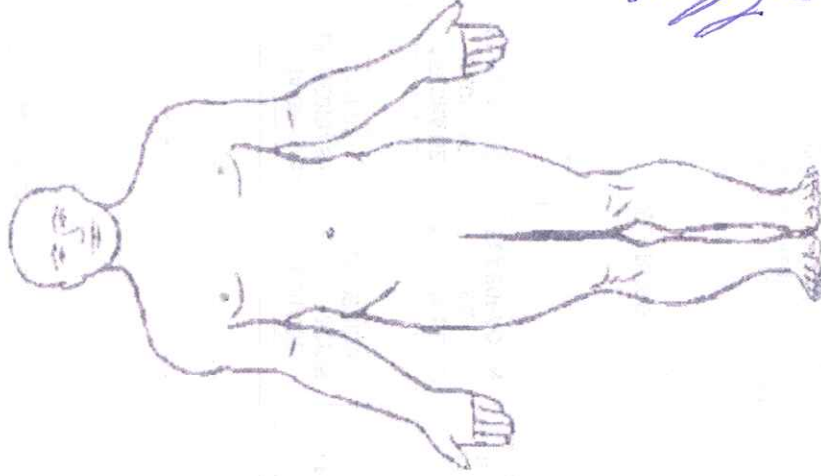
PRESCRIPCION: _____

OBSERVACIONES: _____

MEDIDAS

FECHA DE TOMA DE MEDIDAS / MOLDE	FECHA DE ELABORACION DE PEDIDO	***FECHA DE LLEGADA DE PEDIDO	FECHA DE SALIDA DE PIEZAS O MATERIAL DEL ALMACEN
* FECHA DE INICIO DE ELABORACION	**FECHA DE FIN DE ELABORACION	FECHA DE ENTREGA	REVISO

ELABORO	APROBO



* La fecha de inicio de la elaboración será el día de la salida de las piezas del almacén.
 * La fecha de inicio de elaboración en caso de NO requerir piezas será considerado el día de la salida del material para su elaboración.
 ** El fin de la elaboración será considerado el día que el aparato ortésico/prótesis/zapato esté listo para la primera prueba con el paciente.
 *** Se debe revisar que las piezas sean las correctas antes de sacarlas del almacén y/o el material sea el adecuado.



Formato Información Ortésica - Órtesis ABD de Cadena

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EXPEDIENTE: _____ FECHA: _____

SEXO: H M EDAD: _____ TIPO DE PACIENTE: DIF JMSS PARTICULAR

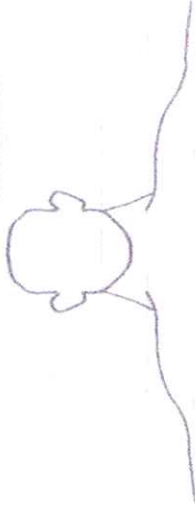
ORTESIS ANTERIORES: SI NO LADO: IZQUIERDO DERECHO REPARACION:

PRESCRIPCION: _____

OBSERVACIONES: _____

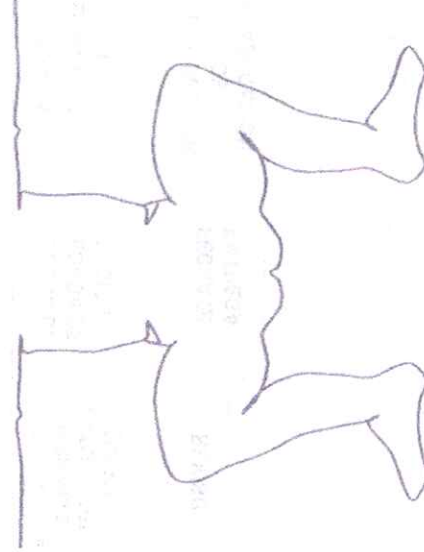
MEDIDAS

ANTERIOR



FECHA DE TOMA DE MEDIDAS / MOLDE	FECHA DE ELABORACION DE PEDIDO	***FECHA DE LLEGADA DE PEDIDO	FECHA DE SALIDA DE PIEZAS O MATERIAL DEL ALMACEN
**FECHA DE INICIO DE ELABORACION	**FECHA DE FIN DE ELABORACION	FECHA DE ENTREGA	REVISO

ELABORO	APROBO
---------	--------



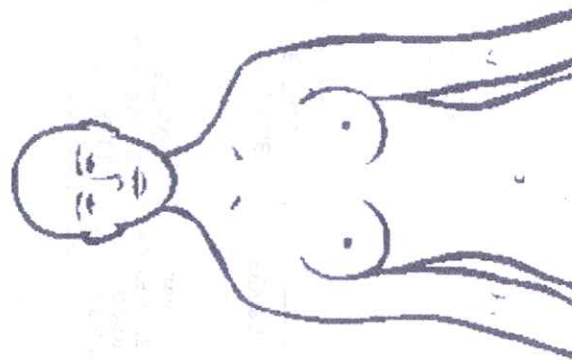
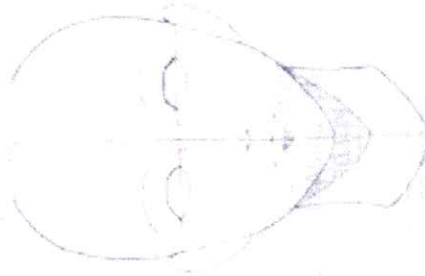
POSTERIOR

* La fecha de inicio de la elaboración será el día de la salida de las piezas del almacén.
 * La fecha de inicio de elaboración en caso de NO requerir piezas será considerado el día de la salida del material para su elaboración.
 ** El fin de la elaboración será considerado el día que el aparato ortésico/prótesis/zapato esté listo para la primera prueba con el paciente.
 *** Se debe revisar que las piezas sean las correctas antes de sacarlas del almacén y/o el material sea el adecuado.



Formato Información Protésica - Prótesis Cosmética

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EXPEDIENTE: _____ FECHA: _____
 SEXO: H M EDAD: _____ TIPO DE PACIENTE: DIF JMSS PARTICULAR
 PROTESIS ANTERIORES: SI NO LADO: IZQUIERDO DERECHO
 PRESCRIPCIÓN: _____ REPARACIÓN:



CATACTERISTICAS Y MEDIDAS PROTÉSICAS

TIPO DE PROTESIS: _____

OBSERVACIONES: _____

FECHA DE TOMA DE MEDIDAS / MOLDE	FECHA DE ELABORACION DE PEDIDO	***FECHA DE LLEGADA DE PEDIDO	FECHA DE SALIDA DE PIEZAS O MATERIAL DEL ALMACEN
* FECHA DE INICIO DE ELABORACION	**FECHA DE FIN DE ELABORACION	FECHA DE ENTREGA	REVISO

ELABORO	APROBO

* La fecha de inicio de la elaboración será el día de la salida de las piezas del almacén.
 * La fecha de inicio de elaboración en caso de NO requerir piezas será considerado el día de la salida del material para su elaboración.
 ** El fin de la elaboración será considerado el día que el aparato ortopédico/prótesis/zapato esté listo para la primera prueba con el paciente.
 *** Se debe revisar que las piezas sean las correctas antes de sacarlas del almacén y/o el material sea el adecuado.