

**Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología del Lenguaje**

División de Terapia de Comunicación Humana

Reglamento para paciente que acude a terapia de

Comunicación Humana



El presente reglamento tiene como objetivo informar al Responsable del Paciente sobre los Aspectos Administrativos que deberá observar durante su tratamiento rehabilitatorio.

1. **La duración de las Sesiones de Terapia será:**
2. De 50 minutos dos veces por semana, para Terapia Individual.
3. De 100 minutos, una vez por semana, para Terapia Grupal y Talleres.
4. **El Paciente deberá:**
   * Presentarse en adecuadas **condiciones de higiene** (corporal y bucal), alimentación, descanso y salud general.

(Se suplica no traer a los pacientes enfermos ya que se compromete la salud de los demás).

* + **Portar** su gafete de identificación dentro de este Instituto
  + Presentar su recibo de pago correspondiente, al recibir su sesión de Terapia. El pago deberá hacerse en la **penúltima** fecha del recibo, en la **última sesión** la Licenciada deberá poner las siguientes fechas y antes de retirarse deberá pasar a la agenda electrónica para agendarlas.
  + Deberá **tomar asistencia** antes de pasar a terapia nunca a la salida de la misma.
  + **Lavarse las manos** o frotarse solución alcoholada, antes de su ingreso al cubículo de terapia.
  + Presentarse con el **material completo**, indicado por su Terapista.
    1. Si requiere el uso de Auxiliares Auditivos, deberán funcionar correctamente, con los moldes limpios y pilas en buen estado. Si usa Implante Coclear es indispensable que su parte externa se encuentre en óptimas condiciones de aseo y funcionalidad.

1. **El Responsable del Paciente deberá:**
   * **Registrar su asistencia de forma electrónica** en las computadoras de Agenda de Terapia de Comunicación Humana, y en el formato que para su control se encuentra bajo resguardo de su terapista.
   * **Permanecer en la sala de espera**, cerca del cubículo asignado y no ausentarse del Instituto durante el tiempo que el paciente se encuentre en Terapia.
   * En caso de **inasistencia** por enfermedad, actividad escolar o personal del Responsable, deberá reportarlo vía telefónica al Jefe del Servicio correspondiente y **presentar justificante** en la sesión inmediata posterior a la falta, ya que estas no se reprogramarán y 3 faltas injustificadas consecutivas o no, causará baja del servicio. Solo se reprogramarán cuando la terapeuta no imparta la terapia.
   * En caso de que la **enfermedad exceda 2 semanas**, se reprogramará solo **1 fecha** en caso de sesiones de 100 minutos y **2 fechas** en caso de sesiones de 50 minutos , independientemente del nivel socioeconómico que tenga.
   * Podrá solicitar **pilas de donación** (si es usuario de Auxiliares Auditivos) y **constancia de asistencia** en la oficina del Jefe del Servicio los **cinco primeros días de cada mes** (no se darán de forma retroactiva, solo mes en curso) presentando su recibo de pago de terapia.
   * Solicitar la **cita para revaloración** en la fecha que indique su resumen clínico, y dar seguimiento a las recomendaciones sugeridas en el mismo, e informarlo a su Terapista.
   * Supervisar el trabajo que su Terapista indique al paciente para realizar en casa.
   * Acudir con el **Jefe de Servicio** correspondiente para **manifestar cualquier inconformidad** con la impartición de la terapia, inmediatamente que sea detectada, no se repondrán terapias por quejas manifestadas de manera tardía.
2. El Paciente y sus Acompañantes deberán mostrar **respeto a Terapistas y pacientes** así como una **conducta apropiada** dentro de la Institución, manteniendo el orden necesario (**No tomar alimentos, no correr ni gritar**).
3. Los Criterios de Ingreso, Permanencia y Alta le serán dados a conocer a través del tríptico de “Criterios de Permanencia y alta en Terapia de Comunicación Humana” tanto para pacientes con Trastornos del Lenguaje, aprendizaje, audición y voz habla deglución y afasias, como de pacientes candidatos a Implante coclear y pacientes con uso del mismo.
4. El paciente será dado **de baja temporal o permanente** por inasistencias, por no solicitar su revaloración de manera oportuna, por no asistir a esta, o por no cumplir con cualquiera de los puntos ya mencionados en este reglamento.
5. El **alta de la terapia** se dará por indicación médica incluida: **máximo beneficio terapéutico y tiempo de permanencia.**

**NOTA**: Los asuntos no contemplados en el presente reglamento, se someterán a juicio de la Jefatura del Servicio correspondiente, la Jefatura de la División de Terapia de Comunicación Humana y/o la Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del paciente: |  | | | | | | | | | |
| Terapia de Comunicación | | | | | | | | | | |
| Número de Expediente: |  | | | | Fecha: |  | | | Servicio: Humana. LENGUAJE | |
| Nombre y Firma del Responsable del Paciente: | | | |  | | | | | | |
| Nombre de la Terapista: | |  | | | | | | Cubículo: | |  |
|  | | |  | | | | |  | |  |
| Jefe de Servicio: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Mtra. Lya Margarita García Torices | | | | | |

**Nota:** “Los datos personales contenidos en la presente, serán considerados confidenciales de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y demás disposiciones aplicables.”

F01-MOP-SAF-05 Rev. 01 DIC 20