



# PROCEDIMIENTO PARA ORIENTAR E INFORMAR A USUARIOS



CÓDIGO: DOM P347-I5\_001  
FECHA DE EMISIÓN: JULIO 2009  
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO 2009

**Objetivo** Proporcionar orientación e información a usuarios, familiares y/o responsables del paciente acerca de la problemática que plantean y si es necesario canalizarlos a otras instituciones públicas o privadas que puedan brindarles algún tipo de apoyo en beneficio del tratamiento.

**Alcance** **Límites del procedimiento:** Este procedimiento inicia cuando el usuario acude a trabajo social a solicitar orientación e información y concluye una vez que se le proporciona la misma

**Áreas que intervienen:** Trabajo Social

- Políticas**
1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y serán de observancia para todos los Centros de Responsabilidad y Contraloría Interna.
    - Un procedimiento **actualizado** es aquel que está vigente y responde a las necesidades actuales de la Institución
    - Un procedimiento es **vigente** mientras no haya uno nuevo que lo supla o sustituya; por lo tanto se sigue aplicando aunque las fechas de autorización no correspondan a los del mes y año en curso, ni los nombres de los directivos a los que ostentan el cargo en la actualidad.
    - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales de la Institución y éste se encuentra en desuso o existe uno nuevo.
  2. Es responsabilidad de la trabajadora social sugerir algunos laboratorios, tomando la decisión el usuario de donde se los realizara.
  3. Es responsabilidad del trabajador social Centro de Atención Integral en Salud Mental Estancia Breve, la de otorgar un trato digno, respetuoso y amable a las personas que solicitan de su intervención.
  4. Es responsabilidad del trabajador social del Centro de Atención Integral en Salud Mental Estancia Breve, la de dar seguimiento ante situaciones que así lo requieran.

## Definiciones

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
2

SELLO

## PROCEDIMIENTO PARA ORIENTAR E INFORMAR A USUARIOS



CÓDIGO: DOM P347-I5\_001  
FECHA DE EMISIÓN: JULIO 2009  
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO 2009

- Usuario:** Toda aquella persona que acude a solicitar orientación e información a trabajo social acerca de otras instituciones.
- Informar:** Proporcionar conocimientos y habilidades prácticas sobre aspectos específicos e Instruir al usuario o familiar acerca de los servicios que brinda la institución.
- Orientar:** Proceso para ayudar a los individuos y sus familias a identificar problemas en sus relaciones, reconocer el tipo de interacción que tienen, encontrar alternativas para resolverlas y desarrollar nuevas habilidades para enfrentar otros conflictos. Así como Informar al usuario o su familiar lo que desea saber, acerca de otras instituciones que le apoyen en su tratamiento. Siempre y cuando se cuente con la información

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
3

SELLO

# PROCEDIMIENTO PARA ORIENTAR E INFORMAR A USUARIOS



CÓDIGO: DOM P347-I5\_001  
 FECHA DE EMISIÓN: JULIO 2009  
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO 2009

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD								
1.	Usuario	Acude a Trabajo Social								
2.	Trabajo Social	Recibe, atiende al usuario y pregunta en que le puede ayudar								
3.	Trabajo Social	Determina el tipo de orientación que requiere								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Tipo de Orientación?</th> <th>Entonces:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Laboratorios</td> <td>Solicita la orden de estudios que le entregó el médico <b>Aplica siguiente actividad</b></td> </tr> <tr> <td>ONG</td> <td>Recibe al usuario y orienta en cuanto a domicilios, responsables y horarios de atención <b>FIN DE PROCEDIMIENTO</b></td> </tr> <tr> <td>SICATS</td> <td><b>Aplica actividad 7</b></td> </tr> </tbody> </table>	¿Tipo de Orientación?	Entonces:	Laboratorios	Solicita la orden de estudios que le entregó el médico <b>Aplica siguiente actividad</b>	ONG	Recibe al usuario y orienta en cuanto a domicilios, responsables y horarios de atención <b>FIN DE PROCEDIMIENTO</b>	SICATS	<b>Aplica actividad 7</b>
		¿Tipo de Orientación?	Entonces:							
		Laboratorios	Solicita la orden de estudios que le entregó el médico <b>Aplica siguiente actividad</b>							
ONG	Recibe al usuario y orienta en cuanto a domicilios, responsables y horarios de atención <b>FIN DE PROCEDIMIENTO</b>									
SICATS	<b>Aplica actividad 7</b>									
4.	Trabajo Social	Comenta a manera de sugerencia las opciones de laboratorio que ofrecen algún descuento. <b>Nota:</b> Indica que si conoce algún otro de su agrado, puede acudir a él								
5.	Trabajo Social	Determina si el usuario acepta la sugerencia.								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Acepta Sugerencia</th> <th>Entonces:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Elabora la solicitud del laboratorio que eligió el usuario, sella, firma, registra la solicitud en la base de datos de movimiento hospitalario <b>Aplica siguiente actividad</b></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Regresa la solicitud del médico e indique que traiga los estudios para su próxima consulta <b>FIN DE PROCEDIMIENTO</b></td> </tr> </tbody> </table>	Acepta Sugerencia	Entonces:	Si	Elabora la solicitud del laboratorio que eligió el usuario, sella, firma, registra la solicitud en la base de datos de movimiento hospitalario <b>Aplica siguiente actividad</b>	No	Regresa la solicitud del médico e indique que traiga los estudios para su próxima consulta <b>FIN DE PROCEDIMIENTO</b>		
		Acepta Sugerencia	Entonces:							
Si	Elabora la solicitud del laboratorio que eligió el usuario, sella, firma, registra la solicitud en la base de datos de movimiento hospitalario <b>Aplica siguiente actividad</b>									
No	Regresa la solicitud del médico e indique que traiga los estudios para su próxima consulta <b>FIN DE PROCEDIMIENTO</b>									
6.	Trabajo Social	Entrega la solicitud al usuario y da las indicaciones necesarias <b>FIN DE PROCEDIMIENTO</b>								

SELLO  
**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

SELLO

# PROCEDIMIENTO PARA ORIENTAR E INFORMAR A USUARIOS



CÓDIGO: DOM P347-I5\_001  
 FECHA DE EMISIÓN: JULIO 2009  
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO 2009

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
7.	Trabajo Social	Determina si el SICATS se recibe o se elabora						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>SICATS</th> <th>Entonces:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Recibe</td> <td>Lee el formato y determina si lo deriva Consulta Externa o a Urgencias <b>Aplica siguiente actividad</b></td> </tr> <tr> <td>Elabora</td> <td>Pregunta al usuario el municipio de residencia y elabora el formato SICATS <b>Aplica actividad 15</b></td> </tr> </tbody> </table>	SICATS	Entonces:	Recibe	Lee el formato y determina si lo deriva Consulta Externa o a Urgencias <b>Aplica siguiente actividad</b>	Elabora	Pregunta al usuario el municipio de residencia y elabora el formato SICATS <b>Aplica actividad 15</b>
		SICATS	Entonces:					
Recibe	Lee el formato y determina si lo deriva Consulta Externa o a Urgencias <b>Aplica siguiente actividad</b>							
Elabora	Pregunta al usuario el municipio de residencia y elabora el formato SICATS <b>Aplica actividad 15</b>							
8.	Trabajo Social	Determina si es una urgencia						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Urgencia</th> <th>Entonces:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Deriva al usuario a urgencias e indica que cuando se le atienda, regrese a Trabajo Social <b>Aplica siguiente actividad</b></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Deriva al usuario consulta externa e indica que cuando se le atienda, regrese a Trabajo Social <b>Aplica actividad 12</b></td> </tr> </tbody> </table>	Urgencia	Entonces:	Si	Deriva al usuario a urgencias e indica que cuando se le atienda, regrese a Trabajo Social <b>Aplica siguiente actividad</b>	No	Deriva al usuario consulta externa e indica que cuando se le atienda, regrese a Trabajo Social <b>Aplica actividad 12</b>
		Urgencia	Entonces:					
Si	Deriva al usuario a urgencias e indica que cuando se le atienda, regrese a Trabajo Social <b>Aplica siguiente actividad</b>							
No	Deriva al usuario consulta externa e indica que cuando se le atienda, regrese a Trabajo Social <b>Aplica actividad 12</b>							
9.	Área de Urgencias	Procedimiento de Urgencias						
10.	Trabajo Social	Contesta SICATS, registra en base de datos de movimiento hospitalario y entrega al usuario						
11.	Trabajo Social	Indica al usuario que entregue el formato a Trabajo Social de la institución que lo derivó <b>FIN DE PROCEDIMIENTO</b>						
12.	Área de Consulta Externa	Procedimiento para canalizar usuarios a Consulta Externa						
13.	Trabajo Social	Contesta SICATS, registra en base de datos de movimiento hospitalario y entrega al usuario						
14.	Trabajo Social	Indica al usuario que entregue el formato a Trabajo Social de la institución que lo derivó <b>FIN DE PROCEDIMIENTO</b>						

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

SELLO

# PROCEDIMIENTO PARA ORIENTAR E INFORMAR A USUARIOS



CÓDIGO: DOM P347-I5\_001  
FECHA DE EMISIÓN: JULIO 2009  
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO 2009

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
15.	Trabajo Social	Pregunta al usuario el municipio de residencia y elabora el formato SICATS
16.	Trabajo Social	Firma, sella y registra en la base de datos de movimiento hospitalario
17.	Trabajo Social	Entrega al usuario, solicite que firme de recibido en la copia y que se la regrese.
18.	Trabajo Social	Informa que se debe presentar el resumen clínico y las recetas recientes a la institución a la que se canaliza.
19.	Trabajo Social	Elabore la nota en el expediente registre la copia del SICATS <b>FIN DE PROCEDIMIENTO</b>

## DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS

Asesorado por: Ing/Arq. Rubén Contreras Cabrera

## PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN

•	•
---	---

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
6

SELLO

# PROCEDIMIENTO PARA ORIENTAR E INFORMAR A USUARIOS



CÓDIGO: DOM P347-I5\_001  
FECHA DE EMISIÓN: JULIO 2009  
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO 2009

## Documentos de Referencia

Código	Documento
DOM M002	Manual de Organización del Instituto Jalisciense de Salud Mental
DOM M057	Manual de Organización del Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Breve
	Procedimiento de Consulta Externa de Psiquiatría
	Procedimiento de Consulta Externa de Psicología
	Procedimiento de Consulta Externa de Intervención en Crisis

## Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
Anexo 01	Diagrama de Flujo
Anexo 02	Formato de Laboratorio A
Anexo 03	Formato de Laboratorio B
Anexo 04	Formato de Laboratorio C
Anexo 05	Formato de SICATS
Anexo 06	Formato de Hoja de Evolución

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
7

SELLO



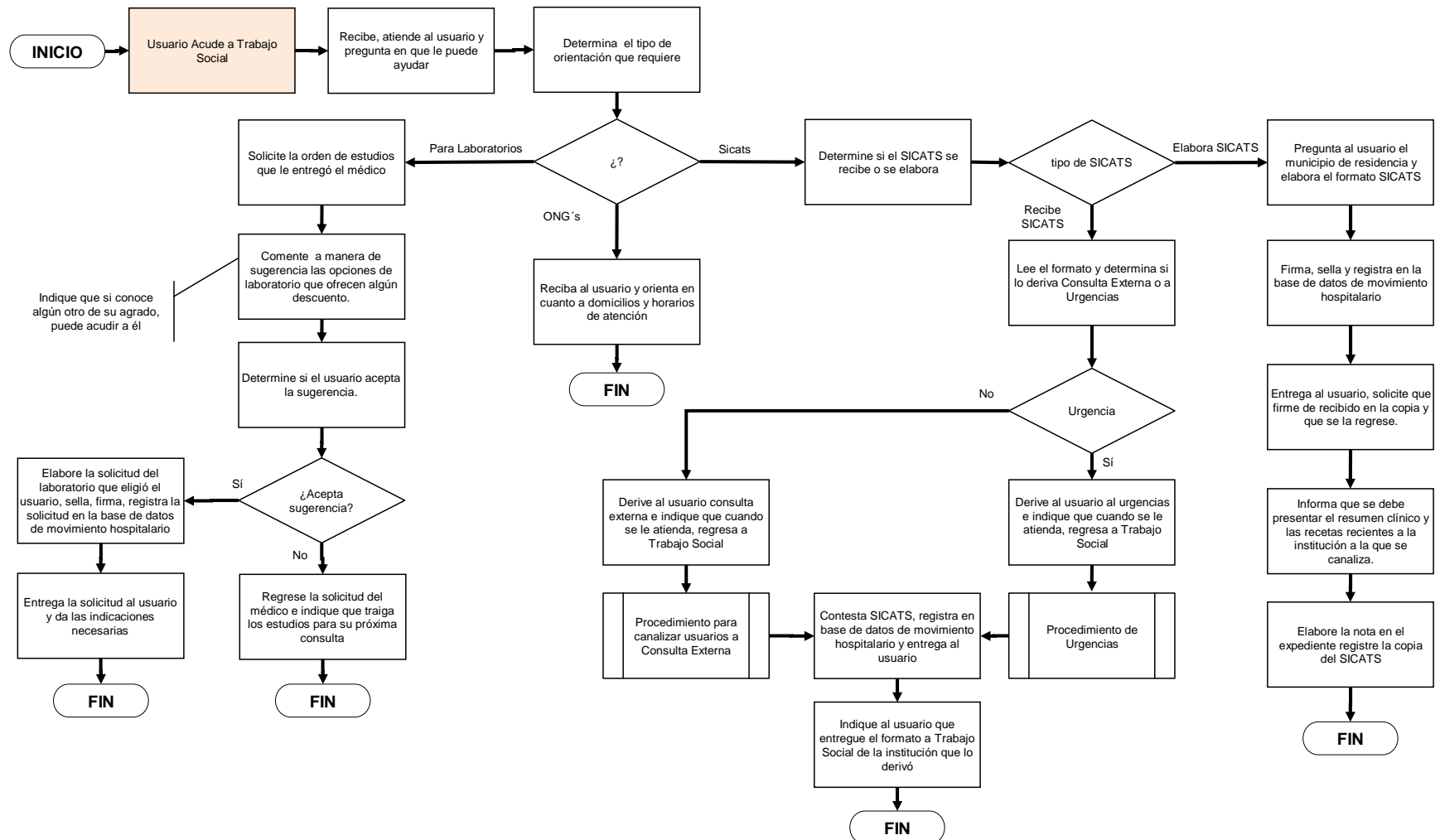


# PROCEDIMIENTO PARA ORIENTAR E INFORMAR A USUARIOS



CÓDIGO: DOM P347-I5\_001  
 FECHA DE EMISIÓN: JULIO 2009  
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO 2009

## Anexo 01: Diagrama de Flujo



SELLO  
**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

SELLO

# PROCEDIMIENTO PARA ORIENTAR E INFORMAR A USUARIOS



CÓDIGO: DOM P347-I5\_001  
FECHA DE EMISIÓN: JULIO 2009  
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO 2009

## Anexo 02: Formato de Laboratorio A

 SECRETARÍA DE SALUD JALISCO  
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL  
CAISAME ESTANCIA BREVE  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

ZAPOPAN JALISCO, \_\_\_\_\_ 200\_\_

GRUPO  
PRESENTE:

Por este conducto reciban un cordial saludo, aprovecho este medio para enviarles al o (la) paciente; \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años quien requiere un estudio de: \_\_\_\_\_

El costo del estudio será con el nivel *SESA 1*, sin más por el momento me despido de Usted agradeciendo el apoyo que se sirva otorgar a la presente.

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA TRABAJADORA SOCIAL  
CAISAME ESTANCIA BREVE

c.c.p. Interesado,  
c.c.p. Expediente

 SALME

Av. Zoquípan No.1000-A Esq. Lago Titicaca Col. Zoquípan, Zapopan, Jal. C.P. 45170  
Teléfonos: 3633-9383 3633-9335 3633-9474 fax: 3633-1901

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
10


SELLO

# PROCEDIMIENTO PARA ORIENTAR E INFORMAR A USUARIOS



CÓDIGO: DOM P347-I5\_001  
FECHA DE EMISIÓN: JULIO 2009  
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO 2009

## Anexo 03: Formato de Laboratorio B

**SECRETARÍA DE SALUD JALISCO**  
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL  
CAISAME ESTANCIA BREVE  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

ZAPOPAN JALISCO, \_\_\_\_\_ 200\_\_\_\_\_


PRESENTE:  
Por este conducto reciba un cordial saludo, aprovecho este medio para enviarle al o (la) paciente: \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años quien requiere de un:  
**ELECTROENCEFALGRAMA**  
El medico que lo envía es el Dr. \_\_\_\_\_  
Solicitamos su apoyo con el precio, de \_\_\_\_\_ por el estudio. Sin más por el momento me despido de Usted agradeciendo su apoyo y sus finas atenciones .

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL  
CAISAME ESTANCIA BREVE

INDICACIONES:

- No es necesario hacer cita
- Lunes a viernes de 4:00 a 7:00 p.m.
- Cabello limpio y seco lavado con jabón neutro

**SAlMIE**  
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL

Av. Zoquipan No.1000-A. Esq. Lago Titicaca Col. Zoquipan, Zapopan, Jal. C.P. 45170  
Teléfonos 3633-9383 3633-9535 3633-94 74 fax. 3633-1901

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
11

SELLO

# PROCEDIMIENTO PARA ORIENTAR E INFORMAR A USUARIOS



CÓDIGO: DOM P347-I5\_001  
 FECHA DE EMISIÓN: JULIO 2009  
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO 2009

## Anexo 04: Formato de Laboratorio C

**LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS**  
 Av. D No. 943 Col. Seattle  
 (Frente al Hospital Zoquipan)  
 Zapopan, Jal. C.P. 45150  
 Tel. 31-11-01-55, 38-97-50-60 y 35-60-56-06

Acido Úrico  
 Amiba en Fresco  
 Albumina  
 Ag. Prostático Especifico  
 Ac. HIV I y II  
 Antiestreptolisinas  
 Basiloscofia  
 de \_\_\_Muestra\_\_\_  
 Bilirrubinas  
 Biometria Hemática con plaquetas  
 Calcio  
 Colesterol Total  
 Colesterol de alta densidad HDL  
 Colesterol de baja densidad LDL  
 Colesterol de muy baja densidad VLDL  
 Coprológico General  
 Coproparasitoscópico Muestras

Coombs Directo  
 Coombs Indirecto  
 Creatin Fosfoquinasa CPK  
 Cultivo Bacteriológico y Exudado de  
 Faringeo  
 Vaginal  
 Uretral  
 Secreción  
 Creatinina  
 Depuración de Creatinina  
 Deshidrogenada Láctica  
 Electrolitos Na. K Cl  
 Eonsifobilo en Moco Nasal  
 Espermatobioscopia  
 Estradiol  
 Examen general de orina  
 Factor Reumatoide  
 Fórmula Roja  
 Fórmula Blanca  
 Fosfatasa Acida

PACIENTE \_\_\_\_\_  
 DR. (A) \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO \_\_\_\_\_  
 FECHA \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

Fosfatasa Alcalina  
 Glucosa  
 Glucosa Post-Pandrial  
 Tolerancia a la Glucosa  
 Grupo Sanguineo y Rh  
 Hemoglobina Glicosilada  
 Hierro Serico  
 Histopatológico de \_\_\_\_\_

Insulina  
 Lipasa  
 Lípidos Totales  
 Papanicolaou  
 Perfil Tiroideo  
 Perfil Ovárico  
 Perfil Hepático  
 Progesterona  
 Prolactina  
 Proteinas Totales A/G  
 Proteina C Reactiva  
 Química Sanguinea 3 elementos

Química Sanguinea 4 elementos  
 Reacciones Febriles  
 Rotavirus Ag  
 Sangre Oculta en Heces  
 Sub Unidad Beta Cuantitativa  
 Triglicéridos  
 Testosterona Total  
 Tiempo de Sangrado y Coagulación  
 Tiempo de Protombina  
 Tiempo de Tromboplastina Parcial  
 TGO  
 TGP  
 Triglicéridos  
 Urea  
 Urianálisis  
 Velocidad desedimentación globular  
 V. D. R. L.

Otros Estudios: \_\_\_\_\_

**RADIOGRAFIA**

Serie de cráneo  
 Comparativa de Oídos  
 Shuller (boca abierta y cerrada)  
 S.P.N. (cadwell, waters, Lat)  
 Perfilograma  
 Cuello de partes blandas  
 Torax AP. ( ) Lat. ( ) óseo ( )  
 Hombro Ap. ( ) axial ( )  
 Brazo Ap y Lat.  
 Miembros Pélvicos  
 Codo Ap y Lat.  
 Antebrazo Ap y Lat.  
 Muñeca Ap y Lat.  
 Mano Ap y oblicua  
 Abdomen de Cúbito  
 Abdomen Bipedestación  
 Pelvis Ap ( ) Hiperabducción ( )  
 Columna Cervical Ap ( ) Lat ( ) Obs ( )

Col. Cervical en flexión En Extensión ( )  
 Columna Dorsal Ap. ( ) Lat. ( ) Obs. ( )  
 Columna Lumbar Ap. ( ) Lat. ( ) Obs. ( )  
 Columna Lumbar  
 Estudio Dinámico  
 Cocciq Ap. Lat.  
 Articulación coxofemoral Ap. ( ) oblicua. ( )  
 Femur Ap. y lat.  
 Rodilla Ap. lat.  
 Rodilla 30° 60° 90°  
 Pié Ap. y Lat.  
 Pierna Ap. y Lat.  
 Tobillo Ap. y Lat.  
 Calcáneo axial ( )  
 Pelvicfalometria

**Cardiología**  
 Electrocardiograma

**Neurología**  
 Electroencefalograma

**HORARIO:**  
 LUNES-VIERNES  
 8:00 a.m. A 7:00 p.m.  
 SABADOS  
 8:00 a.m. A 7:00 p.m.

SELO Y FIRMA DE LA INSTITUCION

**Estudios Contrastados**

Urograma Excretor  
 Uretrocistograma  
 Cistógrama Miccional  
 Feblografia  
 Colon por Enema  
 Serie Esófago  
 Gastroudodenal  
 Esófagograma  
 Tránsito Intestinal  
 Histerosalpingografía

**Ecosonogramas**

H.V.B.  
 Abdominal  
 Renal  
 Obstétrico  
 Pélvico  
 Mamario  
 Testicular  
 Transfotanelar

**Tomografía Axial Computarizada (T. A. C.)**

Cráneo, Simple y Contrastada  
 S.P.N. Axial y Coronal  
 Orbitas  
 Cuello Simple  
 Silla Turca, Sim y Contrastada  
 Oídos Axial y Coronal  
 Abdomen Simple t Contrastada  
 Renal  
 Páncreas  
 Torax  
 Pulmón Alta Resolución  
 Col. Cervical  
 Col. Dorsal  
 Col. Lumbar  
 Pelvis  
 Extremidad Inferior  
 Extremidad Superior

FAVOR DE PRESENTARSE AL LABORATORIO  
 ( ) En Ayunas  
 ( ) Con la primera orina de la mañana  
 ( ) Sin aseo vaginal  
 ( ) Sin aseo bucal  
 ( ) Juntar la orina de 24 Hrs.  
 ( ) Una muestra de excremento  
 ( ) Tres muestras de excremento de diferente evacuación


Otros Estudios: \_\_\_\_\_

# PROCEDIMIENTO PARA ORIENTAR E INFORMAR A USUARIOS




CÓDIGO: DOM P347-I5\_001  
 FECHA DE EMISIÓN: JULIO 2009  
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO 2009

## Anexo 05: Formato de SICATS



**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL  
 SISTEMA INTER-INSTITUCIONAL DE CANALIZACIÓN A  
 TRABAJO SOCIAL (SICATS)**



De: \_\_\_\_\_ Nombre de la institución \_\_\_\_\_ Nombre del responsable de Trabajo Social \_\_\_\_\_

Para: \_\_\_\_\_ Nombre de la institución \_\_\_\_\_ Nombre de la responsable de Trabajo Social \_\_\_\_\_

**1. DATOS DEL CASO**

N° de canalización \_\_\_\_\_ N° Caso o Registro \_\_\_\_\_

N° de Contra-canalización \_\_\_\_\_ En respuesta a la canalización N° \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**2. DATOS DEL USUARIO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del responsable, familiar o tutor: \_\_\_\_\_

(Sólo en caso de ser menor de edad o personas con discapacidad mental)

Domicilio: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. SOLICITUD :**

\_\_\_\_\_

**5. ESPECIFICACIÓN DE APOYO ECONÓMICO**

Requiere de : \_\_\_\_\_

Durante : \_\_\_\_\_

El costo total es de : \_\_\_\_\_

Solicitamos su apoyo de : \_\_\_\_\_

El resto se cubrirá : a) \_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_ c) \_\_\_\_\_ d) \_\_\_\_\_

El pago se realizará en : \_\_\_\_\_

**6. EVOLUCIÓN DEL CASO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso de ser autorizado el apoyo o de requerir más información, favor de comunicarse al programa de : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Con la Trabajadora Social : \_\_\_\_\_

**7. Se anexa la siguiente documentación**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8. Observaciones y sugerencias**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ATENTAMENTE,

\_\_\_\_\_  
 LIC. T.S.P. NOEMI RODRIGUEZ NAVARRO  
 JEFA DE TRABAJO SOCIAL, CAISAME ESTANCIA BREVE

DIF-TRS-35

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

SELLO

