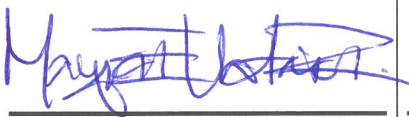




MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL PROGRAMA TERAPIA FAMILIAR

ELABORÓ: MTRA. NATALY CRUZ RUELAS  FIRMA	SUPERVISÓ: C. MAYRA ELENA VICTORIO RAMÍREZ  FIRMA	AUTORIZÓ: MTRA. NANCY FABIOLA ARREOLA ALVAREZ  FIRMA
COORDINADORA DE PROGRAMA TERAPIA FAMILIAR PUESTO	SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS Y CENTROS DE ASISTENCIA SOCIAL PUESTO	COORDINACIÓN DE EQUIDAD E IGUALDAD SUSTANTIVA Y CIUDAD DE LAS MUJERES PUESTO

CONTENIDO

Contenido	2
Introducción	3
Objetivo	4
Alcance.....	4
Marco Normativo	5
Descripción de Actividades	6
Flujograma.....	14
Anexos	20

INTRODUCCIÓN

El Centro de atención de Terapia Familiar, es la unidad del Sistema DIF Municipal de Puerto Vallarta, Jalisco; que busca contribuir al fortalecimiento de las familias, mediante estrategias de prevención y atención psicológica. Esta unidad atiende a través de sesiones terapéuticas desde el enfoque sistémico los conflictos familiares de manera individual, pareja o familiar coadyuvando en el bienestar emocional y psicológico de las personas en situación de vulnerabilidad social.

OBJETIVO

Brindar la atención y acompañamiento psicoterapéutico para favorecer el bienestar emocional individual y de las familias de la población vallartense.

ALCANCE

El presente Manual de Procedimientos, es de aplicación obligatoria del personal del Programa Terapia familiar.

La comunidad de Puerto Vallarta que requieran la atención psicoterapéutica, para atender los conflictos familiares que impiden un mejor funcionamiento familiar.



WZM

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos D.O. 05/2/1917. Título Sexto.
- Constitución política del estado de Jalisco.
- Ley de responsabilidades políticas y administrativas del Estado de Jalisco.
- Ley de los servidores públicos del Estado de Jalisco y sus Municipios.
- Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social. (Diario Oficial de la Federación 9 de Enero de 1986)
- Ley Estatal de Salud. Título III. Servicios de Salud. Capítulo VII De la salud Mental. Artículo 72, 73 y 74
- Código de Asistencia Social de Jalisco. Libro V De las personas con discapacidad. Título VI De habilitación y rehabilitación Capítulo III Orientación y Tratamiento psicológico.
- Código de asistencia social de Jalisco. Libro II, Instituciones de asistencia social pública. Título I Del sistema para el desarrollo integral de la familia del estado. Capítulo I Disposiciones generales. Artículo 18, fracciones I, II, III, IV, IX, X. Artículo 19, fracciones I, II, III.
- Reglamento interno del Sistema DIF Artículo 5 Fracción V.
- Ley general de la Salud Artículo 1, 2 y 3.

WZM

Perfiles de usuario para formación de terapia familiar

Mujeres, hombres, niñas, niños, (desde los 6 años de edad) adolescentes, personas con discapacidad y adultos mayores

Conflictos familiares (jerarquía, límites, etapas del desarrollo, habilidades parentales, autoestima)

Comunicación, duelo, estrés, depresión, ansiedad, y trastornos de alimentación

Excepciones

No cubrir con el perfil

Padecer trastornos psiquiátricos y que se requiera otro tipo de nivel especializado

En situación de crisis de ansiedad severa y requiera de otro tipo de intervención como hospitalización o un refugio



CIUDAD
DE LAS
MUJERES

DIF
VALLARTA

Presentarse bajo el influjo de estupefacientes y/o alcohol, o que pongan en riesgo y peligro al personal

Si ejerce violencia en contra de otra u otras personas en el centro de terapia familiar

Recibir atención similar en otra institución pública o privada

Por información alterada, incorrecta o mentir al momento de registrar el caso, (domicilio inexistente, registrarse con otros datos)

Evidenciar la existencia de otro tipo de conflictos que excede el tipo de atenciones del centro de terapia familiar

(en caso que el usuario refiera ideación suicida, conductas e intentos suicidas, estipulado Manual de Procedimientos del Sistema de atención coordinada para el comportamiento suicida código 100)

Obligaciones del usuario

Deberán proporcionar los datos requeridos para el registro del caso

Acudir a terapia familiar en fecha y hora señalada y apegarse a los principios y lineamientos del contrato terapéutico

Acudir al servicio de terapia familiar con su carnet de citas

Después de 2 faltas injustificadas causará baja del proceso

Si por alguna razón justificada el expediente dado de baja se reactivara, se tendría que volver agendar en la fecha y horarios disponibles en terapia familiar

Si por alguna causa de fuerza mayor los usuarios deban faltar a su sesión, tendrán que dar aviso al centro de atención de terapeuta familiar

Si por alguna causa de fuerza mayor, el psicólogo, no pueda asistir a la sesión, se le avisará previamente vía telefónica para cancelar o reprogramar.

Si por alguna causa de fuerza mayor el psicólogo(a) asignado no puede continuar con la atención, se le avisará previamente para asignarle otro psicólogo(a) que de continuidad a su proceso

Causales de baja



1. Dos faltas sin justificación
2. En situación de crisis y requiera otro tipo de intervención se canalizará y se dará por terminada la atención
3. Presentarse bajo el influjo de sustancias alcohólicas o estupefacientes.
4. Presentarse al servicio con algún tipo de arma.
5. Si la persona ejerce violencia en contra de otra u tras personas en el área de Terapia Familiar
6. Estar recibiendo atención similar psicológica
7. Evidenciar la existencia de otro tipo de conflictos que exceden el tipo de atención de Terapia Familiar
8. Haber concluido el plan de intervención de 10 a 12 sesiones
9. Haber desistido del servicio ya sea por fallecimiento, falta de interés del usuario o cambio de domicilio de región o ciudad del usuario.

Derechos del usuario

1. A recibir un servicio breve y especializado
2. Atención con altos estándares de responsabilidad, honestidad, ética, buen trato, calidez en atención.
3. Recibir acciones de protección y atención con el psicólogo evalúe que son personas receptoras de violencia intrafamiliar derivándolas a las instancias adecuadas para su atención (UAVIFAM, Fiscalía, Psiquiatría, centros de rehabilitación de adicciones etc.).
4. Trato confidencial de su información, así como de su documentación
5. Atención pronta acorde al reglamento interno.
6. Recibir la información adecuada cuando se realiza una evaluación psicológica (consentimiento informado), En caso de tratarse de menores de edad ésta será firmada por sus padres, tutores o cuidadores.
7. Ser atendidos en el modelo de Psicoterapia Breve Sistémica
8. Ser canalizados a los centros de salud, hospitales, cuando lo requieras atención medica u otro nivel de atención
9. En los casos en que los beneficiarios se traten de niñas, niños y adolescentes u o adultos mayores, cuya integridad física o psicológica se encuentre en riesgo y existan elementos de prueba, se acudirá a la instancia correspondiente para la denuncia y procedimiento que dé lugar
10. El numero de sesiones será considerado por el terapeuta y los avances registrados en el caso, llegando de 10 a 12 sesiones
11. Cada sesión tendrá una duración de 40 a 45 minutos, teniendo una tolerancia de 15 minutos para su llegada, posterior al tiempo de espera solo se volverá a reagendar.

W 26/2

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Procedimiento General para la atención y seguimiento de usuarios del Centro de Atención en Terapia Familiar

Actividad	Responsable	Descripción de actividad
1. Solicitar servicio	Usuario	1.1. Acude a solicitar el servicio y recibe la entrevista Psicológica
2. Recibir y registrar	Secretaria	2.1. Recibe al usuario en recepción y lo registra en bitácora de visitantes.
3. Recibir carnet, avisar al terapeuta y conducir al usuario a sala de terapia.	Secretaria	3.1. Recibe el carnet (si el usuario es subsecuente). 3.1.2 Deriva a la entrevista psicológica. Recibe el carnet de ser usuario Subsecuente 3.1.3 conduce al usuario a la sala de terapia.
4. Recibir y atender al usuario.	Terapeuta Familiar	4. Recibe al usuario y lo atiende en la modalidad que se sugiere en la cita previa (Individual, Pareja, Familiar, Grupal)
5. Entrevistar.	Trabajo Social	5.1. Entrevista al usuario (si es de primera vez) para determinar si cubre el perfil de atención de CAETF.
6. Aplicar estudio socioeconómico breve.	Trabajo Social	6.1. Aplica el estudio socioeconómico breve (si el usuario es de primera vez), para considerar el cobro o no de una cuota de recuperación.

W 26/2



7. Abrir expediente y asignar tipo de atención.	Secretaria Trabajo Social	1.1. Abre y asigna núm. de expediente registrando en bitácora de registro de expedientes. 1.2. Asigna tipo de atención familiar, de pareja o individual.
8. Recibir cita	Usuario	1.1. Acude a su cita en el día y hora asignado
9. Avisar y conducir al usuario.	Secretaria	1.1. Avisa al Terapeuta de la presencia del usuario de primera vez (si existe en el momento el espacio para la atención).
10. Entrevistar.	Terapeuta Familiar	1.1. Llevará a cabo la entrevista con genograma al usuario de primera vez.
11. Asistir a entrevista.	Usuario	1.1. Pasar a la sala de Terapia para recibir la entrevista que le hará el Terapeuta Familiar (si es usuario de primera vez)
12. Cerrar sesión y acompañar a recepción.	Terapeuta	12.1. Cierra y concluye la primera sesión. 12.2. Acompaña al usuario a recepción para que se le agende la próxima cita
13. Recibir al usuario y agendar.	Secretaria	13.1 Recibir al usuario en recepción 13.2. Agendar la próxima cita al usuario.
14. Elaborar notas de sesión.	Terapeuta Familiar	14.1. Registrar en expediente la nota de sesión
15. No asistir a sesión.	Usuario	15.1. No asiste a su sesión programada.
16. Constancia de inasistencia	Terapeuta	16.1. Realiza constancia de inasistencia.



17. Firmar constancia de inasistencia.	Terapeuta	17.1. firmar la constancia de inasistencia si el usuario no acude a su sesión
18. Canalización o derivación	Trabajo Social	18.1. Realiza la derivación o canalización
Actividad	Responsable	Descripción de actividad
19. Recibir documento de derivación y/o canalización	Usuario	19.1. Recibir su documento de derivación y/o canalización para que acuda a la o las instancias indicadas
20. Concluir proceso	Terapeuta Familiar	20.1. El proceso se concluye exitosamente cuando se lleva a cabo de 10 a 12 sesiones de acuerdo al enfoque sistémico.
21. Programar y convocar reunión.	Coordinador	21.1. Programar reunión. 21.2. Convocar a reunión para revisar y asesorar casos.
22. Sesionar y evaluar casos	Coordinador	22.1. Sesionar junto con los terapeutas familiares para evaluar casos y dar las altas.
23. Otorgar alta.	Terapeuta Familiar	23.1. Otorgar alta al usuario cuando ha concluido su proceso terapéutico.
24. Concluir proceso.	Usuario	24.1. Concluir proceso y se retira.
25. Registrar información	Terapeuta Familiar	25.1. Registrar la información en su expediente
26. Registrar y elaborar información.	Secretaria	26.1. Registrar la información solicitada en



		los padrones de DIF Municipal.
27. Atender y revisar	Coordinador	27.1. Atender aspectos de la atención como: motivo de consulta, genograma, hipótesis generadas, impresión diagnóstica. 27.2 Revisar intervenciones de terapeutas encargados del caso, tareas y resultados obtenidos
28. Retroalimentar y recomendar.	Coordinador	28.1 Retroalimentar a terapeutas. 28.2. Recomendar revisión bibliográfica específica para cada caso 28.3 Realiza informes mensuales para DIF Municipal

DIAGRAMA DE FLUJO

usuario	Secretaria	Trabajador Social	Terapeuta Familiar	Coordinador CAETF
1. Solicita el servicio	2. Recibe al usuario en recepción y lo canaliza a	Recibe al usuario y realiza entrevista Psicológica		



	entrevista psicológica			
	3. Si el usuario es subsecuente, recibe el carnet y avisa al terapeuta Familiar			
			4. Recibe al usuario y lo atiende en la modalidad que se sugiere en la cita previa. (Documento Hoja de Seguimiento)	
		5. Si el usuario es de primera vez, entrevista al paciente y determina si cubre el perfil de atención de Terapia Familiar si no lo cubre pasa al punto 18. 6. Si el usuario es de primera vez la trabajadora social considerará el cobro o no de una cuota de recuperación y aplicar el estudio el estudio socioeconómico de acuerdo a las		



		características de la población.		
8. Recibe su cita. (Documento control de citas)		7. Turna cita, y asigna tipo de atención. (Documento control de citas, ficha de ingreso)		
	9. Avisa al terapeuta de la presencia del usuario de primera vez.		10. Si es usuario de primera vez, llevará a cabo la entrevista con genograma. (Documento Primera entrevista)	
11. Si es usuario de primera vez, recibe la entrevista.	13. Recibe al usuario a recepción y agenda la próxima cita		12. El terapeuta cierra sesión y acompaña al usuario a recepción para que se le agende la próxima cita.	
15. Si el paciente no acude a su sesión.			14. El terapeuta elabora notas de sesión. (Documento hoja de seguimiento)	
			17. Si el usuario no acude su sesión, firman la constancia de inasistencia. (Documento constancia de inasistencia)	



CIUDAD
DE LAS
MUJERES

DIF
VALLARTA

19. Recibe su documento de derivación y/o canalización. (Documento SICATS)		18. Si el usuario requiere de otro tipo de servicio y no cubre el perfil para ser atendido en Terapia Familiar se derivará a otro servicio de DIF Municipal, o se canalizará a otra institución. (Documento SICATS)		
			20. Si el usuario ha concluido exitosamente su proceso, se pone a consideración del equipo de trabajo la finalización del proceso	21. El coordinador programa y convoca a reunión para revisar y asesorar casos.
24. Usuario da por concluido el proceso			23. Otorga la alta al usuario.	22. Sesiona junto con los terapeutas familiares para evaluar casos y dar las altas. (Documentos conclusivo)
	26. Registra la información solicitada para la unidad de transparencia de DIF Municipal		25. Registra información en su expediente.	27. Atiende y revisa aspectos de la atención como: motivo de consulta, genograma, hipótesis generadas, impresión diagnóstica, intervenciones de terapeutas encargados del caso, tareas y

LA "NUESTRO PUERTO RENACE"



CIUDAD
DE LAS
MUJERES

DIF
VALLARTA

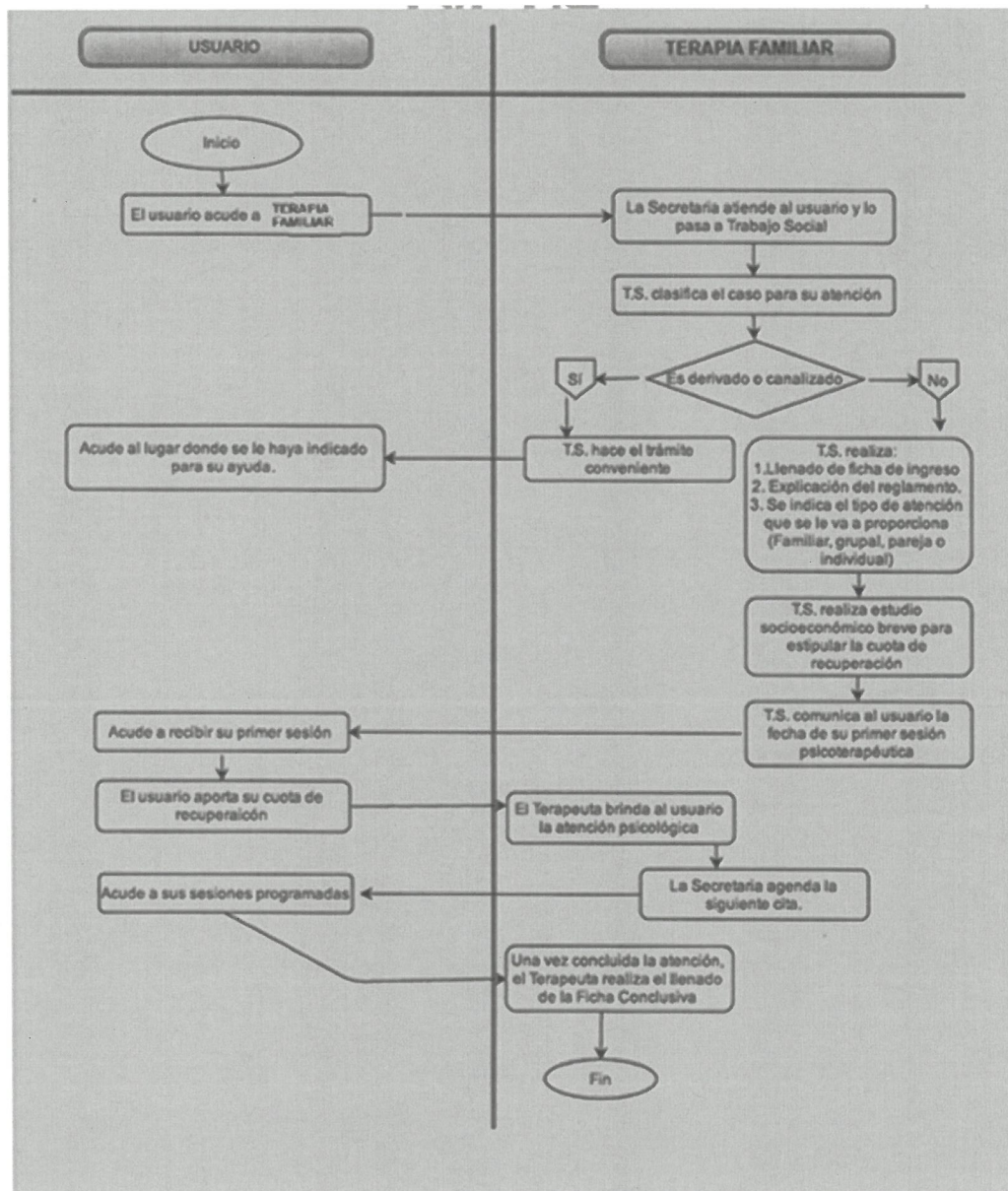
				resultados obtenidos.
				28. Retroalimenta terapeutas, y recomienda revisión bibliográfica específica para cada caso. Realiza los reportes mensuales para DIF Municipal

Handwritten signature and initials in blue ink.

Handwritten signature in blue ink.



Flujograma Terapia Familiar





CIUDAD
DE LAS
MUJERES

DIF
VALLARTA

ANEXOS

Formato de ficha de ingreso



DIF
JALISCO

CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TERAPIA FAMILIAR



FICHA DE INGRESO

DATOS GENERALES

FECHA DE REGISTRO _____ N° DE EXPEDIENTE _____
NOMBRE _____ EDAD _____
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO _____
CURP _____ TELÉFONO _____
DOMICILIO _____
ESTADO CIVIL _____ OCUPACIÓN _____

ANTECEDENTES

SERVICIOS MÉDICOS CON LOS QUE CUENTA _____
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS _____
TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS _____
ADICCIONES: ALCOHOL/DROGAS/OTROS _____
NEURODIVERGENCIA _____

MOTIVO DE CONSULTA

QUIEN RECOMENDÓ EL SERVICIO

DERIVACIÓN _____

CANALIZACIÓN _____

TERAPEUTA ASIGNADO _____

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del municipio de Puerto Vallarta
Paseo de las palmas 105, Santa María, 48351, Puerto Vallarta, Jal. Tel. 322 22 5 9936-40



CIUDAD
DE LAS
MUJERES

DIF
VALLARTA



DIF
JALISCO

CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TERAPIA FAMILIAR

CONTRATO TERAPEUTICO

Siendo las _____ del día _____ yo C. _____
de _____ años de edad, me **COMPROMETO** a cumplir con los
siguientes acuerdos ante él (la) Terapeuta _____ que
Es el encargado de llevar mi proceso terapéutico:

ACUERDOS

- I. Me comprometo a asistir a las sesiones en el día y la hora indicada.
- II. Cada sesión tendrá una duración de 40 a 45 minutos, otorgando una tolerancia máxima de 15 minutos de la hora fijada; de excederlos se volverá a agendar (en el horario de 8:15 am no hay tolerancia)
- III. Avisaré con anticipación por lo menos 2 horas antes de la cita para la cancelación de la misma.
- IV. Después de dos inasistencias injustificadas perderé mi lugar de atención y se me dará de baja. En caso de volver a solicitar el servicio quedare en lista de espera.
- V. Cumpliré con las diversas tareas, ejercicios y actividades según me señale el psicólogo.
- VI. A cada sesión presentare mi tarjeta de citas.
- VII. La cuota asignada se pagará junto con su tarjeta de cita antes de iniciar su sesión.
- VIII. Presentarme sin el flujo de alguna sustancia toxica (droga, alcohol, etc.)
- IX. Informar si está tomando algún medicamento controlado o si está recibiendo atención similar en otra institución pública o privada.
- X. Informar cambio de domicilio y teléfono para facilitar la localización en caso de requerir informar algún cambio de sus citas.
- XI. Si deseo no asistir más a terapia avisaré a mi terapeuta personal y firmaré la baja voluntaria.
- XII. En caso de ser canalizado, debo de entregar comprobante de la asistencia al lugar de la canalización.
- XIII. La sesión puede ser interrumpida, en caso de que alguna persona acuda en condición de emergencia/ crisis.
- XIV. Se mantendrán en confidencialidad la información proporcionada durante el proceso.
- XV. Si incumplo alguno de los puntos anteriores puede ser un motivo de **BAJA** del servicio.

NOTA: el cumplimiento de lo anterior es mutuo terapeuta-paciente.

Firma del Paciente.

Firma del Terapeuta

Esta información tiene aviso de confidencialidad para el tratamiento de datos personales recabados por el sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Estado de Jalisco el cual puede ser consultado en la siguiente liga electrónica:
http://sistemadif.jalisco.gob.mx/sitio2013/sites/default/files/transparencia/AVISO_DE_CONFIDENCIALIDAD_DIFJIS.pdf

Primer entrevista psicológica



CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TERAPIA FAMILIAR

F-6

PRIMERA ENTREVISTA

FECHA:	No. EXP.
NOMBRE:	
NOMBRE DEL TERAPEUTA:	
MOTIVO DE CONSULTA:	
SOLUCIONES INTENTADAS:	
GENOGRAMA: (Mínimo 3 generaciones estableciendo: alianzas, tipo de relaciones, triangulaciones, coaliciones, etc).	

Esta información tiene aviso de confidencialidad para el tratamiento de datos personales recabados por el sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Estado de Jalisco el cual puede ser consultado en la siguiente liga electrónica:
http://sistemadif.jalisco.gob.mx/sitio2013/sites/default/files/transparencia/AVISO_DE_CONFIDENCIALIDAD_DIFUJ.pdf



CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TERAPIA FAMILIAR



HIPOTESIS RELACIONAL

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

OBJTIVOS TERAPÉUTICOS

OBSERVACIONES

Firma del terapeuta

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del municipio de Puerto Vallarta
Paseo de las palmas 105, Santa María, 48351, Puerto Vallarta, Jal. Tel. 322 22 5 9936-40



DIE
VALLARTA

DIF
JALISCO

DATOS DE FAMILIARES BENEFICIADOS EN EL PROCESO TERAPEUTICO POR EXPEDIENTE

LOGO DIF
MUNICIPAL

[illegible]

Esta información tiene aviso de confidencialidad para el tratamiento de datos personales recabados por el sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Estado de Jalisco el cual puede ser consultado en la siguiente liga electrónica : [http://sistemadif.jalisco.gob.mx/sisio2013/sites/default/files/transparencia/AVISO_DE_CONFIDENCIALIDAD_\(ITI\).pdf](http://sistemadif.jalisco.gob.mx/sisio2013/sites/default/files/transparencia/AVISO_DE_CONFIDENCIALIDAD_(ITI).pdf)

NUESTRO PUERTO
RENACE

Av. Las Palmas #105, Colonia Barrio Santa María, C.P. 48325 Puerto Vallarta Jalisco, México.
322-225 9936 al 40
www.dlfpuertovallarta.gob.mx





CIUDAD
DE LAS
MUJERES

DIF
VALLARTA

Constancia de inasistencias



DIF
JALISCO

CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TERAPIA FAMILIAR



DIF

CONSTANCIA DE INASISTENCIA

En el municipio de _____ Jal., siendo las _____,
del mes de _____ del año _____, la (el)
Lic. en Psicología _____ del
Centro de Atención Especializada en Terapia Familiar (CAETF) HACE CONSTAR que hasta
este momento en que se actúa, no se presentó a su cita la (el) C. o la Familia:

ignorando las causas de su inasistencia, lo que se asienta para su debida constancia.

Trabajo Social

Terapeuta

CONSTANCIA DE INASISTENCIA

En el municipio de _____ Jal., siendo las _____,
del mes de _____ del año _____, la (el)
Lic. en Psicología _____ del
Centro de Atención Especializada en Terapia Familiar (CAETF) HACE CONSTAR que hasta
este momento en que se actúa, no se presentó a su cita la (el) C. o la Familia:

ignorando las causas de su inasistencia, lo que se asienta para su debida constancia.

Trabajo Social

Terapeuta



CIUDAD
DE LAS
MUJERES

Ficha conclusiva

DIF
VALLARTA



DIF
JALISCO

CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TERAPIA FAMILIAR



DIF

FICHA CONCLUSIVA

FECHA DE
REINGRESO: _____
No.
EXPEDIENTE: _____

NOMBRE: _____

MOTIVO DE
ATENCIÓN: _____

EVALUACION
FINAL: _____

FECHA DE
EGRESO: _____ TOTAL DE
SESIONES: _____

ALTA () BAJA ()

MOTIVO: _____

COORDINADOR CAETF _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA
USUARIA (O)

NOMBRE Y FIRMA DEL
TERAPEUTA

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del municipio de Puerto Vallarta
Paseo de las palmas 105, Santa María, 48351, Puerto Vallarta, Jal. Tel. 322 22 5 9936-40



CIUDAD
DE LAS
MUJERES

DIF
VALLARTA

Hoja de reingreso



DIF
JALISCO

CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TERAPIA FAMILIAR



DIF

FICHA DE REINGRESO

DATOS GENERALES

FECHA DE REGISTRO _____ N° DE EXPEDIENTE _____
NOMBRE _____ EDAD _____
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO _____
CURP _____ TELÉFONO _____
DOMICILIO _____
ESTADO CIVIL _____ OCUPACIÓN _____

ANTECEDENTES

SERVICIOS MÉDICOS CON LOS QUE CUENTA _____
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS _____
TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS _____
ADICCIONES: ALCOHOL/DROGAS/OTROS _____
NEURODIVERGENCIA _____

MOTIVO DE CONSULTA

QUIEN RECOMENDÓ EL SERVICIO

DERIVACIÓN _____

CANALIZACIÓN _____

TERAPEUTA ASIGNADO _____

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del municipio de Puerto Vallarta
Paseo de las palmas 105, Santa María, 48351, Puerto Vallarta, Jal. Tel. 322 22 5 9936-40

NUESTRO PUERTO
RENACE

Av. Las Palmas #105, Colonia Barrio Santa María. C.P. 48325 Puerto Vallarta Jalisco, México.
322-225 9936 al 40
www.difpuertovallarta.gob.mx

W 202

Hoja conclusiva de reingreso



CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TERAPIA FAMILIAR



FICHA CONCLUSIVA

FECHA DE INGRESO: _____
No. EXPEDIENTE: _____

NOMBRE: _____

MOTIVO DE ATENCIÓN: _____

EVALUACION FINAL: _____

FECHA DE EGRESO: _____ TOTAL DE SESIONES: _____

ALTA () BAJA ()

MOTIVO: _____

COORDINADOR CAETF _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA
USUARIA (O)

NOMBRE Y FIRMA DEL
TERAPEUTA

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del municipio de Puerto Vallarta
Paseo de las palmas 105, Santa María, 48351, Puerto Vallarta, Jal. Tel. 322 22 5 9936-40



CIUDAD
DE LAS
MUJERES

Tarjeta de citas

DIF
VALLARTA

REGlamento PARA USUARIOS DEL C.A.E.T.F.

- 1.- Para recibir atención psicológica en el departamento, deberá ser llenado el formato de solicitud de atención psicológica con los datos del interesado (a).
- 2.- La trabajadora social le programará al usuario su primera sesión, en su entrevista inicial la cuota será de acuerdo a su estado económico actual, misma que se fijará después del estudio socioeconómico realizado por la misma.
- 3.- La cuota asignada para la evaluación psicológica es de 100 pesos por persona (exclusivamente requeridas por instancias legales).
- 4.- Las sesiones terapéuticas tendrán una duración de 45 minutos a partir de la hora acordada. Existen 10 minutos de tolerancia para el inicio de su consulta, después de los cuales no se prestará el servicio y se le reagendará otra cita para la siguiente semana en el mismo horario.
- 5.- En el horario de 8:45 am no se aplica la tolerancia.
- 6.- La cancelación de citas deberán notificarse. Después de dos faltas consecutivas sin avisar se le dará de baja al usuario.
- 7.- En caso de que alguna persona acuda a las instalaciones en condición de emergencia/crisis, podrá ser interrumpida su terapia para dar atención a la misma.
- 8.- Cuando las consultas psicológicas sean destinadas a Infantes (edad mínima de 6 años); el psicólogo (a) a cargo del caso tendrá la facultad de dar las indicaciones que considere necesaria para el adecuado proceso de atención a los padres de familia o tutores, como puede ser: escuela para padres, grupo de orientación o terapia psicológica. El incumplimiento de tales indicaciones será motivo de suspensión del servicio.
- 9.- Los acompañantes del usuario deberán esperar en el área de recepción durante el tiempo que dure la consulta sin ausentarse de las instalaciones, ni permanecer en otros espacios como pasillos o corredores, así como también deberán de permanecer en silencio.
- 10.- La asistente le proporcionará una tarjeta de citas que se deberá presentar en todas sus sesiones. En caso de perderla se le podrá proporcionar otra, pero tendrá un costo de 15 pesos.

REGlamento PARA USUARIOS DEL C.A.E.T.F.

- 1.- Para recibir atención psicológica en el departamento, deberá ser llenado el formato de solicitud de atención psicológica con los datos del interesado (a).
- 2.- La trabajadora social le programará al usuario su primera sesión, en su entrevista inicial la cuota será de acuerdo a su estado económico actual, misma que se fijará después del estudio socioeconómico realizado por la misma.
- 3.- La cuota asignada para la evaluación psicológica es de 100 pesos por persona (exclusivamente requeridas por instancias legales).
- 4.- Las sesiones terapéuticas tendrán una duración de 45 minutos a partir de la hora acordada. Existen 10 minutos de tolerancia para el inicio de su consulta, después de los cuales no se prestará el servicio y se le reagendará otra cita para la siguiente semana en el mismo horario.
- 5.- En el horario de 8:45 am no se aplica la tolerancia.
- 6.- La cancelación de citas deberán notificarse. Después de dos faltas consecutivas sin avisar se le dará de baja al usuario.
- 7.- En caso de que alguna persona acuda a las instalaciones en condición de emergencia/crisis, podrá ser interrumpida su terapia para dar atención a la misma.
- 8.- Cuando las consultas psicológicas sean destinadas a Infantes (edad mínima de 6 años); el psicólogo (a) a cargo del caso tendrá la facultad de dar las indicaciones que considere necesaria para el adecuado proceso de atención a los padres de familia o tutores, como puede ser: escuela para padres, grupo de orientación o terapia psicológica. El incumplimiento de tales indicaciones será motivo de suspensión del servicio.
- 9.- Los acompañantes del usuario deberán esperar en el área de recepción durante el tiempo que dure la consulta sin ausentarse de las instalaciones, ni permanecer en otros espacios como pasillos o corredores, así como también deberán de permanecer en silencio.
- 10.- La asistente le proporcionará una tarjeta de citas que se deberá presentar en todas sus sesiones. En caso de perderla se le podrá proporcionar otra, pero tendrá un costo de 15 pesos.



**CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA
EN TERAPIA FAMILIAR
ATENCIÓN PSICOLÓGICA**

Control de citas

Expediente No. _____
Nombre del Usuario _____
Dirección _____
Terapeuta Familiar _____
Cuota de recuperación _____

Llamada ó 322 293 34 41 y 322 22 59936 al 40

Inicio el día _____ de _____ del 202 _____

Paseo de las palmas s/n. Barrio Santa María
PUERTO VALLARTA, JALISCO.
ATENCIÓN DE 8 AM A 4 PM



**CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA
EN TERAPIA FAMILIAR
ATENCIÓN PSICOLÓGICA**

Control de citas

Expediente No. _____
Nombre del Usuario _____
Dirección _____
Terapeuta Familiar _____
Cuota de recuperación _____

Llamada ó 322 293 34 41 y 322 22 59936 al 40

Inicio el día _____ de _____ del 202 _____

Paseo de las palmas s/n. Barrio Santa María
PUERTO VALLARTA, JALISCO.
ATENCIÓN DE 8 AM A 4 PM

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
EN EL MUNICIPIO DE PUERTO VALLARTA, JALISCO.
SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN INSTITUCIONAL

DIF  **UNIENDO**
Puerto Vallarta CORAZONES

Informe cuantitativo mensual

Programa: CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TERAPIA FAMILIAR
Responsable:

Fecha de entrega del reporte:
Mes reportado:

USUARIOS ATENDIDOS EN EL MES				USUARIOS FIJOS				USUARIOS NUEVOS				BAJAS		EX:	PER:
												ALTAS		EX:	PER:
TERAPIAS		#	NIÑAS	NIÑOS	ADOLESC. MUJERES	ADOLESC. HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	ADULTO MAYOR MUJER	ADULTO MAYOR HOMBRE	TOTAL DE NNA	TOTAL DE ADULTOS	TOTAL ATENCIONES		
TERAPIA FAMILIAR															
TERAPIA PAREJA															
TERAPIA INDIVIDUAL															
TERAPIA GRUPAL															
TOTAL															
APOYOS															
PRIMER ENTREVISTA															
DE LAS CUALES FUERON EN CRISIS															
DE LAS CUALES FUERON CANALIZACIONES															
TOTAL															

Nombre y firma del responsable del área

Nombre y firma de quien recibe el informe

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



CIUDAD
DE LAS
MUJERES

Tarjeta corta fuegos

DIF
VALLARTA

Handwritten signature and initials in blue ink.

TARJETA CORTA FUEGOS

Yo, (escribe tu nombre)
en el momento en que observe mis propias "señales de alarma" que me dicen
que estoy empezando con la ideación de suicidio:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Voy a contactar con mis apoyos:

- 1..... Tel.:
- 2..... Tel.:
- 3..... Tel.:
- 4..... Tel.:
- 5..... Tel.:

A mis apoyos les contaré cómo me siento y qué es lo que estoy pensando. Seré
sincero/a con ellos. Intentaré no encontrarme sólo/a en este momento y que
alguno de mis apoyos esté conmigo.

En caso de que me siga encontrando mal puedo llamar a los siguientes
recursos de ayuda:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

**En caso de que mi PLAN falle y exista un riesgo inminente: LLAMARÉ AL
911o acudiré a urgencias del hospital más cercano.**

Handwritten signature in blue ink.



W 2242

Cuestionario de valoración del suicidio ASQ

CUESTIONARIO DE VALORACION DEL SUICIDIO ASQ

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Pregunte al paciente		SI	NO
1. En las últimas semanas, ¿ha deseado estar muerto?			
2. En las últimas semanas, ¿ha sentido que usted o su familia estarían mejor si estuviera muerto?			
3. En la última semana, ¿ha pensado en suicidarse?			
4. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?			
Si contestó que sí, ¿cómo lo hizo?			
¿Cuándo lo hizo?			
Si el paciente contesta que Sí a alguna de las preguntas anteriores, hágale la siguiente pregunta para evaluar la agudeza:			
5. ¿Está pensando en suicidarse en este momento?			
Describe estos pensamientos (planes, intención, preparativos)			

Si el usuario contesta que "No" a todas las preguntas de la 1 a la 4, la prueba de detección está completa (no es necesario hacerle la pregunta 5).

Alta

ASQ

Si responde "Sí" a la 1 y 2 y al resto "No", es riesgo bajo. 1er orden de riesgo de suicidio

Si responde "Sí" de la 1 a la 3 y "No" a la 4 y 5, corresponde a riesgo moderado. 2do orden de riesgo de suicidio

Si responde "Sí" de la 1 a la 4, es riesgo alto. 3er orden de riesgo

Si responde "Sí" de la 1 a la 5 es riesgo inminente. 4to orden de riesgo

Si responde "Sí" a las preguntas 1, 2, 3 y 5 es riesgo inminente, sin antecedentes de intentos suicidio. 4to orden de riesgo





CIUDAD
DE LAS
MUJERES

Hoja de derivación

DIF
VALLARTA

DIF
Puerto Vallarta



UNIENDO
CORAZONES

CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA
EN TERAPIA FAMILIAR

Puerto Vallarta, Jalisco. ____ de ____ del 202__

DERIVACION REALIZADA POR:

AV. PASEO DE LAS PALMAS No. 105, COL. BARRIO SANTA MARÍA.

TEL. 322 293 34 41

DATOS DEL SOLICITANTE:

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE (S)

DOMICILIO

COLONIA

TEL. FIJO

TEL MOVIL

EDAD _____ SEXO _____ ESTADO CIVIL _____

CANALIZADO A:

DOMICILIO:

TELÉFONO: _____

MOTIVO DE LA DERIVACION

FIRMA DEL PSICÓLOGO _____

Hoja de canalización



CIUDAD
DE LAS
MUJERES

DIF
VALLARTA

CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TERAPIA FAMILIAR

Puerto Vallarta, Jalisco. ____ de ____ del 202__

CANALIZACION REALIZADA POR:

AV. PASEO DE LAS PALMAS No. 105, COL. BARRIO SANTA MARÍA.

TEL.322 293 34 41

DATOS DEL SOLICITANTE:

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE (S)

DOMICILIO

COLONIA

TEL. FIJO

TEL MOVIL

EDAD _____

SEXO _____

ESTADO CIVIL _____

CANALIZADO A:

DOMICILIO:

TELÉFONO: _____

MOTIVO DE LA CANALIZACION



CIUDAD
DE LAS
MUJERES

Hoja de SICATS

DIF
VALLARTA



Sistema Interinstitucional de
Canalización a Trabajo Social (SICATS)
Dirección de Trabajo Social y Vinculación



De: CAETF

Nombre de la Institución

MTRA. NATALY CRUZ RUELAS

Coordinador General, FORMACIÓN Y Terapia Familiar del
Sistema NIE de Puerto Vallarta Jalisco

Para: Nombre de la Institución

Responsable de Trabajo Social

Nº de canalización	027/2025	No. de caso o registro		Fecha (dd/mm/aaaa)			
1							
Nombre				Sexo		ESTADO CIVIL	
				Edad			
Domicilio	Calle y número exterior e interior			Colonia o comunidad:			
	Cruza con:			Municipio:			
	Estado:			País:			
Teléfono Particular	Teléfono Recados		Nombre				
Datos del padre o tutor (Solo en casos de menores de edad o personas con discapacidad intelectual)							
Nombre	Edad		Parentesco				
2. DIAGNÓSTICO SOCIAL PRELIMINAR							
3. SOLICITUD ASISTENCIA SOCIAL							
4. ESPECIFICACIÓN DE APOYO ECONÓMICO							
Requiere de:	LO QUE SE CONSIDERE						
Durante:							
El costo total es de:							
El resto se cubrirá:							
El pago se realizará en:				Nombre del contacto:			
				Teléfono:			
5. EVOLUCIÓN DEL CASO							
6. SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:							
7.- OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS							
Al Programa de:				CAETF			
Teléfono	2933441	Extensión		Horario	8:30 A 15:30 HRS.		

NOTA: Este documento oficial tiene una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de su expedición, por lo que no será válido ante otras dependencias en fechas posteriores.
La petición del apoyo solicitado será valorada por el área receptora de acuerdo a sus lineamientos institucionales.

Atentamente

LIC. BARBARA IRIS SOUZA ECHAVE

Jefe o Responsable de Trabajo Social

Usuario:

Manifiesto bajo protesta decir la verdad respecto a proporcionar mis datos personales, así como mi
aceptación del aviso de confidencialidad, en donde señala que serán resguardados conforme a la Ley
establecida: <http://mtramadif.jalisco.gob.mx>

Fecha de actualización: 10 de Enero de 2019 V.8 Código: DJ-TS-SG-RE-12

Pág. 1 de 2

NUESTRO PUERTO
RENACE

Av. Las Palmas #105, Colonia Barrio Santa María. C.P. 48325 Puerto Vallarta Jalisco, México.
322-225 9936 al 40
www.difpuertovallarta.gob.mx