****

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE TLAXCALA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO

INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DE FORMATOS DEL SERVICIO SOCIAL

sexto año

2010-2011

DIRECTORIO UAT

Dr. Serafín Ortiz Ortiz

Rector

Mtro. Víctor Job Paredes Cuaquentzi

Secretario Académico

Mtro. Felipe Hernández Hernández

Secretario Administrativo

MA. Víctor Job Paredes Cuahquentzi

Secretario Técnico

Lic. Efraín Ortiz Linares

Secretario de Extensión Universitaria y Difusión Cultural

Mtro. Rubén Reyes Córdoba

Coordinador de la División de Ciencias Biológicas

**DIRECTORIO DE MEDICINA**

Dr. Alfredo Adán Pimentel

director de la facultad de ciencias de la salud uat

MSP Circe Gómez Glokner

Jefatura Académica

DR. Agustín Galván Rosas

Jefatura de Investigación

Dr. Víctor Hugo Pedraza Hernández

coordinador de la escuela de medicina

MAE. Maria Dolores Fernández Rodiles

Jefatura de Planeación

Dra. María Laura Sánchez Huerta

Jefatura de Tutorías

**COORDINACIÓN DE SERVICIO**

Dr. Juan Tehózol Zamora

jefatura de extensión y difusión cultural

Coordinador de Servicio Social

#### *MISIÓN DE LA ESCUELA DE MEDICINA*

*Formar médicos de excelencia con conciencia ecológica, valores éticos, humanísticos, de servicio y capacitados en la investigación para la solución de los problemas de salud, comprometidos en la promoción y la preservación de la misma en el individuo, la familia y la comunidad en beneficio del Estado y de México, con una actitud proactiva ante los cambios estructurales.*

#### *VISIÓN*

*La visión de la carrera de Médico Cirujano de la UAT es contar con un programa de la licenciatura acreditada, que asegure su calidad y permanencia en la mejora del proceso educativo*

**MANUAL PARA EL LLENADO DE LOS**

**FORMATOS, QUE LOS**

**PASANTES EN SERVICIO SOCIAL DE LA LICENCIATURA DE**

**MÉDICO CIRUJANO, DEBERAN ENTREGAR DE MANERA MENSUAL Y ANUAL.**

**SOLICITUD PARA PRESTAR SERVICIO SOCIAL (400c-RG-02).**

**1.- Estará dirigida al Coordinador del Servicio Social de la Escuela de Medicina.**

**2.- El que suscribe el nombre del alumno (a) prestador del Servicio Social.**

**4.- Del semestre, en este caso 11vo. Y 12vo. Semestre.**

**5.- En el programa en el caso de que sea centro de salud o unidad médica rural**

**Será en el sector salud de primer nivel de atención o si es en hospital será segundo nivel de atención.**

**6.- Coordinado por: se pondrá el nombre del jefe inmediato, quien ocupa el cargo de: se pondrá jefe de enseñanza, Director, Jefe de jurisdicción, cuya oficina se encuentra ubicada en: se anotara la dirección completa de esta (calle, número, colonia, municipio y estado).**

**7.- Finalmente el pasante en Servicio Social anotara su nombre y firma.**

**8.- La fecha 15 de Julio del año correspondiente.**

**9.- Deberá entregarlo junto con 6 fotografías tamaño ovalito y un fólder tamaño oficio, con la finalidad de abrir el expediente de cada uno de los pasantes.**

**REGISTRO DEL PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL (400c-RG-03)**

**1.- Este formato será llenado por el pasante de medicina en Servicio Social.**

**2.- Anotando el número de expediente que se le asigne en la coordinación del Servicio**

**Social de la Escuela de Medicina.**

**3.- Deberá anotar los datos personales que se le piden.**

**4.- Dependencia o Institución donde realiza el S.S. (IMSS, SESA, ISSSTE, SEDENA, DIF).**

**5.- Domicilio anotar la dirección (calle, número, colonia, municipio y Estado), así como el teléfono si lo tuviera.**

**6.- Sector al que pertenece el lugar de prestación será el Sector Salud.**

**7.- Programa Primer Nivel de Atención si es en Centro de Salud o Unidad Médica Rural y Segundo Nivel de Atención si es en Hospital.**

**8.- Área a que pertenece el programa: Área de la Salud.**

**9.- Horario de: anotará el que le asigne la institución de salud correspondiente.**

**10.- Fecha: deberá anotar la fecha en que elabore dicho formato.**

**11.- Este formato será firmado por el pasante en Servicio Social y entregarlo junto con el primer informe mensual.**

**CARTA DE PRESENTACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL (400c-RG-04).**

**1.- Facultad de: Ciencias de la Salud.**

**2.- El que suscribe: El nombre del C. Coordinador del Servicio Social de la Escuela de Medicina.**

**3.- Alumno del 11vo. Y 12vo. Semestre.**

**4.- De la Licenciatura en Médico Cirujano.**

**5.- En el Programa Primer o Segundo Nivel Sector Salud (SESA, IMSS, ISSSTE, SEDENA, DIF).**

**5.- Aprovecho para hacer de su conocimiento que este Servicio Social tendrá una duración de 12 meses (1 año).**

**6.- Fecha será la que asigne de manera oportuna la coordinación del Servicio Social de la Escuela de Medicina.**

**7.- Este formato será firmado por el Coordinador del Servicio Social de la Escuela de Medicina y se entregara al interesado en el momento en que se incorpore a su lugar de adscripción.**

**INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS DE SERVICIO SOCIAL (400c-RG-05)**

**1.- Universidad Autónoma de Tlaxcala**

**Facultad de: Ciencias de la Salud.**

**2.- Reporte Mensual No. Escriba en número progresivo del 1 al 12 y un anual o global.**

**3.- Número de expediente de S.S. el que le asigne la coordinación del S. S. de la Escuela de Medicina.**

**4.- Reporte del mes (especifique fecha) ejem. 1 al 31 de Agosto del 2008.**

**5.- Periodo será segundo periodo cuando inicie el S. S. en el mes de agosto invariablemente el los 12 informes mensuales. Y será primer periodo cuando inicie el S.S. en el mes de Febrero invariablemente en los 12 informes mensuales.**

**6.- Carrera que cursa: Médico Cirujano.**

**7.- Programa primer nivel de atención si se encuentra realizando su S.S. en Centro de Salud o Unidad Médica Rural y segundo nivel de atención si lo realiza en Hospital de Segundo Nivel.**

**8.- Lugar de adscripción: Escribir o anotar el tipo de Unidad Médica, localidad, municipio y Estado.**

**9.- Turno: el que asigne la dependencia receptora de servidores de S.S.**

**10.- Horas cubiertas en el mes: serán las horas laboradas según el turno.**

**11.- Número: Registra las actividades realizadas en el mes en número progresivo, si no fuera suficiente un formato elaborar otro para continuar.**

**12.- Registrar cada una de las actividades realizadas en el mes: Esto es todas las actividades independientemente de su número.**

**13.- Las actividades realizadas fueron (marcar con una x en los apartados) individual, equipo unidisciplinario, equipo multidisciplinario, campo o gabinete.**

**Cubriendo objetivos planteados por la institución Si o No, por lo general siempre es Si.**

**Con los suficientes materiales requeridos Si o No, aquí dependerá de si le proporcionaron o no lo necesario para desarrollar sus actividades.**

**Fueron acordes a la formación académica de la carrera se registrara en (%), el en general es 100%, no confundir con metas establecidas por la institución receptora.**

**14.- No. De acciones, registrara el número de acciones ejemplo: 50 consultas, 10 detecciones de HTA y así sucesivamente.**

**15.- Promedio total: será: 100 % no sumar.**

**16.- Total: registra la suma del número de acciones, ejemplo del punto 14 la suma será 60 OK.**

**17.- Parte posterior de este formato.**

**18.- Explicar cuales fueron los objetivos que se cubrieron en el mes (escríbalos): según Dx. De salud y plan de trabajo de su Unidad Médica. Este punto es obligatorio su llenado.**

**19.- Comentarios del prestador del S.S. relacionados con el punto anterior, también es obligatorio su llenado.**

**20.- Comentarios del jefe inmediato: (opcional). Médico supervisor, jefe de Jurisdicción o jefe de Enseñanza.**

**21.- Este formato será firmado por el Médico pasante escribiendo su nombre completo. En seguida Nombre, firma y Sello del beneficiado responsable el cual será el jefe inmediato. Finalmente dará visto bueno, firmando y sellando el coordinador del S.S. de la escuela de medicina.**

**22.- NOTA: la omisión del llenado de cualquiera de los puntos ya mencionados, faltas de ortografía, tachaduras, aplicación de corrector, errores, será motivo para no ser aceptado el formato y tendrá que elaborarlo nuevamente bien requisitado.**

**En caso de no laborar por incapacidad u otro motivo se tendrá que elaborar el formato en su encabezado y poner nota explicando motivo, en su parte posterior tendrá los nombres, firmas y sellos correspondientes.**

**CONTROL DE PROGRAMAS (400c-RG-06)**

**1.- Este formato se llenara de forma anual por el pasante en Servicio Social.**

**2.- IDENTIFICACION**

**Dependencia: escribir (SESA, IMSS, ISSSTE, SEDENA ETC.)**

**Dirección: escribir calle, número, colonia, localidad, municipio y Estado.**

**Teléfono:**

**Titular de la Dependencia: Director, Jefe de Enseñanza o Jefe de Jurisdicción.**

**Receptor de Prestadores: Jefe de Enseñanza, cargo el mismo.**

**Nombre del programa: Primer o Segundo nivel de atención.**

**Periodo del Programa: ejemplo 1 de Agosto 2007 al 31 de Julio de 2008.**

**3.- Justificación: escribir la justificación de los programas que llevo durante el año de Servicio Social.**

**4.- Objetivos Generales: escribir los Objetivos Generales de los programas que llevo durante el año de Servicio Social.**

**5.- 4.- Objetivos Específicos: escribir los Objetivos Generales de los programas que llevo durante el año de Servicio Social.**

**6.- En el punto IV Calendarizar:**

**Actividades durante los 12 meses del año las actividades generales Ejemplo: Consulta General marcar con una X en los meses correspondientes a esta actividad y así sucesivamente.**

**7.- En la parte posterior de este formato se dejara en blanco y solo dará visto bueno con firma y sello el Coordinador del Servicio Social de la Escuela de Medicina de la UAT.**

**Elaboro: Dr. Juan Tehózol Zamora**

**Coordinador del Servicio Social del**

**PE en Médico Cirujano.**