

**Apéndice del *Procedimiento para la inscripción y registro de asistencia del menor en las guarderías de prestación indirecta* para el área de discapacidad en guardería integradora**



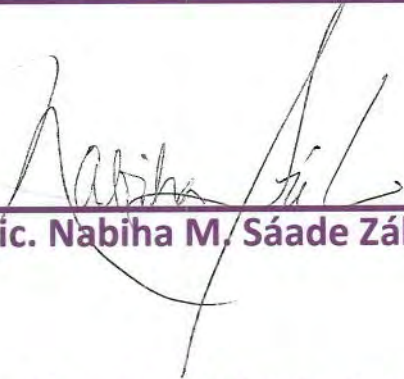
Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales  
Coordinación del Servicio de Guardería  
para el Desarrollo Integral Infantil



## Nombre del Documento

# Apéndice del *Procedimiento para la inscripción y registro de asistencia del menor en las guarderías de prestación indirecta* para el área de discapacidad en guardería integradora

## Autorización



Lic. Nabiha M. Sáade Záblah

Directora de Prestaciones  
Económicas y Sociales



Lic. Flor García Ortiz

Coordinadora del Servicio de  
Guardería para el Desarrollo Integral  
Infantil

Fecha de emisión 12/12/2012

Número de control interno DPES/CG/003/Y031



## ÍNDICE

		Página
1	A.1 Base normativa	3
2	A.2 Objetivo	3
3	A.3 Ámbito de aplicación	3
4	A.4 Políticas	3
5	A.5 Definiciones	6
6	A.6 Descripción de actividades	8
7	A.7 Diagrama de flujo	18
8	A.8 Relación de documentos que intervienen en el apéndice	26
	<b>Anexos</b>	
	- Anexo 1 Solicitud de examen médico de admisión	
	- Anexo 2 Acciones para Realizar el Trámite de Solicitud de Inscripción a del menor para el área de discapacidad en guardería integradora	
	- Anexo 3 Comprobante de certificación de vigencia y control de derecho al servicio de guardería	
	- Anexo 4 Valoración del Desarrollo del Menor con Discapacidad Moderada para Asignación de Grupo	
	- Anexo 5 Constancia de plática de nuevo ingreso a guardería integradora	
	- Anexo 6 Obligaciones del asegurado usuario que inscribe a un menor con discapacidad moderada a guardería integradora	
	- Anexo 7 Carta de autorización	
	- Anexo 8 Relación de ropa y accesorios para niños con discapacidad moderada	
	- Anexo 9 Relación de niños inscritos en el área de discapacidad	



## A.1 Base normativa

Con fundamento en lo dispuesto en el artículo 203 Sección Primera del Capítulo VII, de la Ley del Seguro Social publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995 y sus reformas; artículos 4 y 5, Título Primero del Capítulo Único, artículo 81 fracciones I, II, IV, V y X, Título Cuarto Capítulo Sexto y artículo 139 del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2006 y sus reformas, se emite el presente:

**Apéndice del Procedimiento para la inscripción y registro de asistencia del menor en las guarderías de prestación indirecta para el área de discapacidad en guardería integradora**

## A.2 Objetivo

Establecer las políticas y las actividades que se deben observar el personal en las guarderías del esquema Guardería Integradora para llevar a cabo la inscripción y control de asistencia de los menores con discapacidad moderada en el área de discapacidad.

## A.3 Ámbito de aplicación

El presente procedimiento es de observancia obligatoria para las guarderías del esquema de Guardería Integradora, área de discapacidad.

## A.4 Políticas

### Generales

- 4.1 La entrada en vigor del presente apéndice dejará sin efecto los lineamientos referentes al proceso de inscripción y registro de asistencia, contemplado en la "Guía Técnica de Atención a Niños con Discapacidad Moderada en Guardería Integradora del IMSS".
- 4.2 La Directora observará las políticas 4.1, 4.2, 4.4, 4.21, 4.22, 4.23, 4.24 y 4.25 del Procedimiento para la inscripción y registro de asistencia del menor en guarderías de prestación indirecta DPES/CG/003/031.
- 4.3 El trámite de solicitud de inscripción para el área de discapacidad en guarderías integradoras sólo podrá realizarse de manera presencial.
- 4.4 La Directora realizará la inscripción y el registro de asistencia de los menores del área de discapacidad en forma manual.
- 4.5 La Directora deberá notificar al Departamento de Guarderías cuando un grupo se encuentre suspendido temporalmente, por cualquier otro motivo que no sea brote epidemiológico.



- 4.6 La Directora verificará que la "Cédula de Identificación del Menor" permanezca actualizada sin tachaduras ni enmendaduras, y se encuentre tanto en el expediente del menor como en el expediente de emergencia.
- 4.7 La Directora semestralmente solicitará al asegurado usuario dos fotografías tamaño infantil del menor, las cuales serán utilizadas para actualizar la "Cédula de Identificación del Menor".

#### **Asesoría sobre el servicio de guardería**

- 4.8 La Directora aplicará las políticas 4.26, 4.28 y 4.29 del Procedimiento para la inscripción y registro de asistencia del menor en guarderías de prestación indirecta DPES/CG/003/031.
- 4.9 La Directora deberá asegurar que las pláticas de nuevo ingreso dirigidas al interesado cumplan con el contenido normado.

#### **Revisión del cumplimiento de requisitos e Inscripción**

- 4.10 La Directora aplicará las políticas 4.32, 4.33, 4.36, 4.38, 4.40 y 4.41 del Procedimiento para la inscripción y registro de asistencia del menor en guarderías de prestación indirecta DPES/CG/003/031.
- 4.11 Cuando el trabajador asegurado se presente en la guardería con "Solicitud de Examen Médico de Admisión" vigente y con diagnóstico de aptitud para área de discapacidad en guardería integradora y el grupo que corresponde al menor se encuentre suspendido por brote epidemiológico, la Directora elaborará una "Solicitud de valoración Médica", conforme a las indicaciones de aislamiento del epidemiólogo.
- 4.12 La Directora deberá elaborar una segunda "Solicitud de Examen Médico de Admisión" cuando el diagnóstico emitido por el médico del IMSS dictamine que el menor amerita la realización de un nuevo examen, siempre y cuando el interesado se presente en la guardería con la "Solicitud de Examen Médico de Admisión" vigente.
- 4.13 Cuando se presente el interesado en la guardería con los requisitos documentales para la inscripción, la Directora verificará que la "Solicitud de Examen Médico de Admisión", se encuentre correctamente requisitada y vigente.
- 4.14 La Coordinadora del Área de Discapacidad derivará al menor con el Terapeuta asignado para realizarle la valoración del desarrollo y determinar a qué grupo ingresará el menor.
- 4.15 La asignación de grupo se realizará de acuerdo al nivel de desarrollo del menor considerando las áreas de psicomotricidad, lenguaje, cognoscitiva y psicosocial.
- 4.16 La Directora programará el proceso de adaptación en los Grupos I y II de manera que no se genere hacinamiento ni riesgo para la operación del grupo.
- 4.17 La Directora deberá integrar un expediente administrativo y técnico-terapéutico por cada menor, el cual deberá mantenerse actualizado y conservarse por cinco años después de que haya sido dado de baja el menor. Cuando el menor se integre definitivamente al área regular, deberá integrar el expediente a esta área.



**4.18** La Directora previo a la inscripción del menor con discapacidad moderada a la guardería dará a conocer al asegurado usuario las "Obligaciones de los padres de familia de niños con discapacidad moderada que asisten a guardería integradora".

#### **Registro y control de asistencia**

**4.19** La Directora aplicará las políticas 4.42, 4.44, 4.46, 4.51, 4.52, 4.53, 4.55 y 4.56 del Procedimiento para la inscripción y registro de asistencia del menor en guarderías de prestación indirecta DPES/CG/003/031.

**4.20** La Directora verificará que los menores sean entregados a la entrada y recibidos a la salida únicamente por los asegurados usuarios o personas autorizadas debiendo registrar su asistencia en la "Bitácora de Asistencia Manual".

**4.21** La Directora deberá verificar que la persona que registra la entrada o salida del menor corresponda a la fotografía de la persona que porta la credencial.

**4.22** La Directora deberá consultar la "Cédula de Identificación del Menor", para cotejar la fotografía y firma de la persona que entrega o recibe al menor cuando exista alguna duda respecto a la identidad de la misma.

**4.23** La Directora supervisará al menos una vez al día que los menores se encuentren físicamente en los grupos conforme a la "Bitácora de Asistencia Manual".

**4.24** La Directora deberá verificar que el menor de nuevo ingreso permanezca inscrito en el grupo hasta que se le practique una evaluación que justifique el cambio de grupo.

**4.25** La Directora deberá considerar como faltas justificadas, aquellas donde el asegurado usuario proporcione documentación probatoria de que la inasistencia fue a causa de enfermedad del menor; vacaciones de la madre, padre o asegurado usuario; incapacidad, comisión o días de descanso del asegurado usuario, o asistencia a terapia del menor.

**4.26** La Directora durante los últimos cinco días de cada quincena enviará al Departamento de Guarderías la lista de asistencia, con la finalidad de verificar la vigencia de derechos de los asegurados usuarios para continuar haciendo uso del servicio de guardería.

**4.27** Para guarderías que presenten una suspensión temporal del servicio, la Directora deberá dar de baja a los menores, previo al cierre de mes en el "Informe Estadístico Mensual del Servicio de Guardería".

**4.28** Al cierre de mes, la Directora deberá presentar al Departamento de Guarderías:

- "Lista de Asistencia"
- "Informe Estadístico Mensual del Servicio de Guardería"
- Relación de niños inscritos, en el que se compruebe la verificación de vigencia de derechos
- "Bitácora de Asistencia Manual"
- Documentación probatoria que justifique las faltas de los menores, la cual servirá únicamente para cotejo y será devuelta por el Jefe del Departamento de Guarderías



- Fotocopia de la documentación probatoria que justifique la no procedencia de la baja de un menor por la acumulación de más de ocho faltas continuas, considerando las faltas del mes anterior.
- Factura correspondiente al pago por la prestación del servicio

#### Actualización de solicitudes pendientes

**4.29** La Directora será responsable de mantener actualizadas previo al cierre de mes las solicitudes de inscripción pendientes de atención.

## A.5 Definiciones

El personal del área de discapacidad deberá atender a las definiciones de la 5.1 a la 5.3, de la 5.6 a la 5.12 y de la 5.17 a la 5.19.

Para efectos del presente apéndice se entenderá por:

- 5.1 área de discapacidad:** Espacio físico donde se atiende a hijos de asegurados usuarios con derecho a la prestación del servicio de guardería, que presentan discapacidad clasificada como moderada y requieren de atención especializada.
- 5.2 coordinadora del área de discapacidad:** Profesional que organiza, dirige, coordina, asesora y supervisa el desempeño de las funciones del personal que labora con los menores en el quehacer educativo, asistencial y de apoyo terapéutico, de acuerdo a la normatividad del IMSS.
- 5.3 discapacidad:** Deficiencia física o motriz, intelectual, sensorial y mental o psicosocial que presenta una persona y que al interactuar con diversas barreras pueda impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones que las demás. Engloba las deficiencias de las funciones y estructuras corporales, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación en actividades.
- 5.4 discapacidad moderada:** Reducción parcial o dificultad en funciones y estructuras corporales, limitaciones de la actividad, restricciones de la participación en actividades, retardo en la realización de conductas esperadas en relación a la edad cronológica en áreas específicas del neurodesarrollo, por lo que el menor se auxilia o no de ayudas técnicas, de terceras personas o de acciones de rehabilitación.
- 5.5 grupo:** Conjunto de menores con discapacidad moderada que, con base en su nivel de desarrollo, se concentran en un espacio denominado grupo I, II, III y IV, destinado a su atención, educación y asistencia.
- 5.6 guardería integradora:** Instalación de carácter educativo-asistencial donde se favorece el desarrollo armónico e integral y se promueve la integración de menores con discapacidad moderada, discapacidad leve y sin discapacidad.



5.7 responsables de servicio: Coordinadora del Área de Discapacidad, Coordinadora de Pedagogía, Asesor de Nutrición, Responsable del Servicio de Fomento de la Salud.





Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Directora	<p>4. Informa al interesado que puede realizar un recorrido por la guardería, si en ese momento no es posible, concerta cita. En caso de realizar el recorrido pregunta al interesado si desea continuar con el trámite de solicitud de inscripción.</p> <p><b>No desea continuar con el proceso</b></p> <p>Continúa en la actividad 58.</p> <p><b>Sí desea continuar con el proceso</b></p> <p>5. Elabora "Solicitud de Inscripción a Guardería del IMSS" 3220-009-160, "Solicitud de Examen Médico de Admisión" 3220-009-161 (Anexo 1) y "Comprobante de certificación de vigencia y control del derecho al servicio de guardería" DPES/CG/009/Y33 (Anexo 3).</p> <p>6. Proporciona al interesado la "Solicitud de Examen Médico de Admisión" 3220-009-161 (Anexo 1) y "Comprobante de certificación de vigencia y control del derecho al servicio de guardería" DPES/CG/009/Y33 (Anexo 3), a fin de que acuda a la Unidad de Medicina Familiar, para que obtenga un diagnóstico del padecimiento del menor, así como la aptitud del menor para estar inscrito en guardería integradora área discapacidad.</p> <p>7. Solicita al trabajador se presente a la guardería con los documentos establecidos en "Solicitud de Inscripción a Guardería del IMSS" 3220-009-160.</p>	<p>3220-009-160</p> <p>3220-009-161 Anexo 1</p> <p>DPES/CG/009/Y33 Anexo 3</p> <p>3220-009-161 Anexo 1</p> <p>DPES/CG/009/Y33 Anexo 3</p> <p>3220-009-160</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
	<b>ETAPA II</b> <b>REVISIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS E INSCRIPCIÓN DEL ÁREA DE DISCAPACIDAD EN GUARDERÍA INTEGRADORA</b>	
Directora	8. Recibe del interesado la documentación para su validación conforme a los "Solicitud de Inscripción a Guardería del IMSS" 3220-009-160.  9. Solicita a la Coordinadora del Área de Discapacidad verifique la documentación conforme a la "Solicitud de Inscripción a Guardería del IMSS" 3220-009-160.	3220-009-160  3220-009-160
Coordinadora del Área de Discapacidad	10. Recibe documentación y la verifica conforme a la "Solicitud de Inscripción a Guardería del IMSS" 3220-009-160.  <b>No está la documentación correcta</b>  11. Devuelve la documentación al interesado y brinda asesoría para su cumplimiento.  Continúa en la actividad 8.  <b>Sí está la documentación correcta</b>  12. Convoca a reunión con los Terapeutas.	3220-009-160
Coordinadora del Área de Discapacidad y Terapeuta	13. Verifican y analizan los resultados y la información de la "Solicitud de examen médico de admisión" 3220-009-161 (Anexo 1).	3220-009-161 Anexo 1
Coordinadora del Área de Discapacidad	14. Asigna terapeuta para realizar la "Valoración del Desarrollo del Menor con Discapacidad Moderada para Asignación de Grupo" DPES/CG/009/Y001 (Anexo 4).	DPES/CG/009/Y001 Anexo 4
Terapeuta	15. Aplica la "Valoración del Desarrollo del Menor con Discapacidad Moderada para Asignación de Grupo" DPES/CG/009/Y001 (Anexo 4) y asigna grupo al menor.	DPES/CG/009/Y001 Anexo 4

*JW*



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Terapeuta	16. Informa y entrega a la Coordinadora del Área de Discapacidad los resultados de la "Valoración del Desarrollo del Menor con Discapacidad Moderada para Asignación de Grupo" DPES/CG/009/Y001 (Anexo 4).	DPES/CG/009/Y001 Anexo 4
Coordinadora del Área de Discapacidad	17. Recibe la "Valoración del Desarrollo del Menor con Discapacidad Moderada para Asignación de Grupo" DPES/CG/009/Y001 (Anexo 4), verifica los resultados y la firma.	DPES/CG/009/Y001 Anexo 4
Coordinadora del Área de Discapacidad	18. Entrega a la Directora los resultados de la "Valoración del Desarrollo del Menor con Discapacidad Moderada para Asignación de Grupo" DPES/CG/009/Y001 (Anexo 4).	DPES/CG/009/Y001 Anexo 4
Directora	<p>19. Recibe y valida el resultado de la "Valoración del Desarrollo del Menor con Discapacidad Moderada para Asignación de Grupo" DPES/CG/009/Y001 (Anexo 4), verifica la disponibilidad de lugar en el grupo que le corresponde.</p> <p><b>No existe disponibilidad de lugares</b></p> <p>20. Pregunta al interesado si desea estar en lista de espera o cancelar el trámite de solicitud de inscripción.</p> <p><b>No desea continuar con el trámite de solicitud de inscripción a guardería del IMSS.</b></p> <p>Continúa en la actividad 57.</p> <p><b>Sí desea continuar con el trámite solicitud de inscripción a guardería del IMSS</b></p> <p>21. Informa al interesado que queda en lista de espera y que se comunicará con él cuando exista lugar disponible.</p> <p>Continúa en la actividad 49.</p>	DPES/CG/009/Y001 Anexo 4



*Handwritten signature or initials*

Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Directora	<p><b>Sí existe disponibilidad de lugares</b></p> <p>22. Informa al interesado la fecha de la plática de nuevo ingreso.</p> <p>23. Coordina con los responsables de servicio, la realización de la plática de nuevo ingreso.</p>	
Directora / Responsables de Servicio	<p>24. Realizan plática de nuevo ingreso confirmando la asistencia de los interesados programados.</p>	
Directora	<p>25. Confirma con el interesado si desea continuar con el trámite de inscripción.</p> <p><b>No desea continuar con el trámite de solicitud de inscripción</b></p> <p>Continúa en la actividad 57.</p> <p><b>Sí desea continuar con el trámite de solicitud de inscripción</b></p> <p>26. Requisita la "Constancia de plática de nuevo ingreso a guardería integradora" DPES/CG/009/Y002 (Anexo 5), "Obligaciones del asegurado usuario que inscribe a un menor con discapacidad moderada a guardería integradora" DPES/CG/009/Y003 (Anexo 6) y "Carta de autorización" DPES/CG/009/Y004 (Anexo 7).</p> <p>27. Verifica la vigencia de la "Solicitud de Examen Médico de Admisión" 3220-009-161 (Anexo 1) y en caso de vencimiento, elabora "Solicitud de Valoración Médica" 3220-009-092.</p> <p>28. Informa al interesado la fecha de inicio de período de adaptación y la fecha en la que el menor quedará inscrito, registra en la "Solicitud de Inscripción a Guardería del IMSS" 3220-009-160 y recaba la firma de aceptación del interesado.</p>	<p>DPES/CG/009/Y002 Anexo 5</p> <p>DPES/CG/009/Y003 Anexo 6</p> <p>DPES/CG/009/Y004 Anexo 7</p> <p>3220-009-161 Anexo 1</p> <p>3220-009-092</p> <p>3220-009-160</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Directora	<p>29.Solicita la presencia de la (s) persona (s) autorizada (s) para concluir el trámite de inscripción del menor y entrega al interesado la "Relación de ropa y accesorios para niños con discapacidad moderada" DPES/CG/011/Y002 (Anexo 8).</p> <p>30.Elabora:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Cédula de Identificación del Menor" 3220-009-163 (dos tantos)</li> <li>- "Credencial de Identificación" 3220-009-164 (para el asegurado usuario y cada persona autorizada)</li> </ul> <p>31.Recaba las firmas del interesado y personas autorizadas para la "Cédula de Identificación del Menor" 3220-009-163 y "Credencial de Identificación" 3220-009-164.</p> <p>32.Autoriza y entrega al usuario la "Credencial de Identificación" 3220-009-164 del asegurado usuario y de cada persona autorizada.</p> <p>33.Integra el expediente del menor conforme la "Relación de Documentos que Integran el Expediente del Menor" 3220-013-002.</p> <p>34.Elabora la "Relación semanal de menores que ingresan a la guardería" 3220-009-165 y la entrega a la Coordinadora del Área de Discapacidad.</p> <p>35.Incorpora al menor en "Lista de Asistencia" 3220-009-166.</p> <p>36.Comprueba que el menor acuda a la guardería en la fecha establecida para el inicio del período de adaptación.</p>	<p>DPES/CG/011/Y002 Anexo 8</p> <p>3220-009-163 3220-009-164</p> <p>3220-009-164</p> <p>3220-009-164</p> <p>3220-013-002 Expediente del menor</p> <p>3220-009-165</p> <p>3220-009-166</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Directora	<p><b>Menor no acude al periodo de adaptación.</b></p> <p>37. Contacta al asegurado usuario para conocer la causa de su ausencia; en caso de que no continúe interesado, en el servicio genera en el sistema la baja del menor si continua interesado asigna nueva fecha de periodo de adaptación.</p> <p><b>Menor acude al periodo de adaptación</b></p> <p><b>ETAPA III</b></p> <p><b>REGISTRO Y CONTROL DE ASISTENCIA DEL ÁREA DE DISCAPACIDAD EN GUARDERÍA INTEGRADORA</b></p>	
Coordinadora del Área de Discapacidad	<p>38. Verifica que se realice el registro de asistencia a través de la "Bitácora de Asistencia Manual" 3220-009-167.</p> <p>39. Registra la asistencia del menor en la "Lista de Asistencia" 3220-009-166.</p> <p>40. Concilia el registro de asistencia del menor en "Lista de Asistencia" 3220-009-166 y "Bitácora de Asistencia Manual" 3220-009-16.</p> <p>41. Consulta la "Lista de Asistencia" 3220-009-166 e identifica a los menores que presenten 5 faltas continuas sin documentación probatoria.</p> <p>42. Contacta al asegurado usuario con la finalidad de solicitar la documentación probatoria que justifique la ausencia del menor para evitar la baja definitiva si acumula 8 faltas consecutiva.</p>	<p>3220-009-167</p> <p>3220-009-166</p> <p>3220-009-167</p> <p>3220-009-166</p> <p>3220-009-166.</p> <p>Documentación probatoria</p>
Directora	<p>43. Envía quincenalmente mediante correo electrónico "Relación de niños inscritos en el área de discapacidad" DPES/CG/009/Y034 (Anexo 9) al Departamento de Guarderías, con la finalidad de obtener la vigencia de derecho al servicio de guardería.</p>	<p>DPES/CG/009/Y034 Anexo 9</p>



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Directora	44. Concentra "Lista de Asistencia" 3220-009-166, y "Relación de niños inscritos en el área de discapacidad" DPES/CG/009/Y034 (Anexo 9).	3220-009-1668 DPES/CG/009/Y034 Anexo 9
	45. Analiza la "Lista de Asistencia" 3220-009-166 con base a la documentación probatoria, la "Relación de niños inscritos en el área de discapacidad" DPES/CG/009/Y034 (Anexo 9), "Bitácora de Asistencia Manual" 3220-009-167 y las causales de baja.	3220-009-166 DPES/CG/009/Y034 Anexo 9 Documentación probatoria 3220-009-167
	46. Elabora el "Informe Estadístico Mensual del Servicio de Guardería" 3220-014-005, verificando que la columna de población al inicio del mes coincida con la columna de la población al final del mes en el "Informe Estadístico Mensual del Servicio de Guardería" 3220-014-005 del mes anterior.	3220-014-005
	47. Presenta en el Departamento de Guarderías la siguiente documentación firmada: <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Lista de Asistencia" 3220-009-166</li> <li>- "Relación de niños inscritos en el área de discapacidad" DPES/CG/009/Y034 (Anexo 9) vigenciada por el Departamento de Guarderías</li> <li>- "Informe Estadístico Mensual del Servicio de Guarderías" 3220-014-005</li> <li>- "Bitácora de Asistencia Manual" 3220-009-167</li> <li>- Documentación probatoria de todas las faltas justificadas, para cotejo.</li> <li>- Fotocopia de la documentación probatoria que justifique la no procedencia de la baja de un menor por la acumulación de más de ocho faltas continuas, considerando las faltas del mes anterior</li> <li>- Factura correspondiente al pago por la prestación del servicio.</li> </ul>	3220-009-166 DPES/CG/009/Y034 Anexo 9 3220-014-005 3220-009-167 Documentación probatoria de todas las faltas justificadas, para cotejo. Fotocopia de la documentación probatoria que justifique la no procedencia de la baja de un menor por la acumulación de más de ocho faltas continuas, considerando las faltas del mes anterior Factura



Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Directora	<p>48. Recibe del Departamento de Guarderías la documentación, y genera un expediente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "Lista de Asistencia" 3220-009-166 (Anexo 10)."</li> <li>- "Relación de niños inscritos en el área de discapacidad" DPES/CG/009/Y034 (Anexo 9) vigenciada por el Departamento de Guarderías</li> <li>- "Bitácora de Asistencia Manual" 3220-009-167 (Anexo 11).</li> <li>- "Informe Estadístico Mensual del Servicio de Guardería" 3220-014-005 (Anexo 12).</li> <li>- Documentación probatoria de todas las faltas justificadas.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>ETAPA IV</b> <b>ACTUALIZACIÓN DE SOLICITUDES PENDIENTES DEL ÁREA DE DISCAPACIDAD EN GUARDERÍA INTEGRADORA</b></p> <p>49. Verifica previo al cierre de mes la disponibilidad de lugares por grupo.</p> <p>50. Consulta y clasifica las "Solicitudes de Inscripción a Guardería del IMSS" 3220-009-160 por grupo y por fecha de solicitud.</p> <p>51. Identifica las "Solicitudes de Inscripción a Guardería del IMSS" 3220-009-160 que pueden concluir el trámite de inscripción porque existe disponibilidad de lugares.</p> <p><b>Solicitudes de inscripción sin disponibilidad de lugar</b></p> <p>52. Establece comunicación con el interesado, para ratificar su interés en la solicitud de inscripción a guardería del IMSS.</p> <p><b>No ratifica su interés de continuar con el trámite de solicitud de inscripción a guardería del IMSS.</b></p> <p>Continúa en actividad 57.</p>	<p>DPES/CG/009/Y034 Anexo 9</p> <p>3220-009-166 Anexo 10</p> <p>3220-009-167 Anexo 11</p> <p>3220-014-005 Anexo 12</p> <p>Documentación probatoria de todas las faltas justificadas</p> <p>Expediente cierre mensual</p> <p>3220-009-160</p> <p>3220-009-160</p> <p>3220-009-160</p>

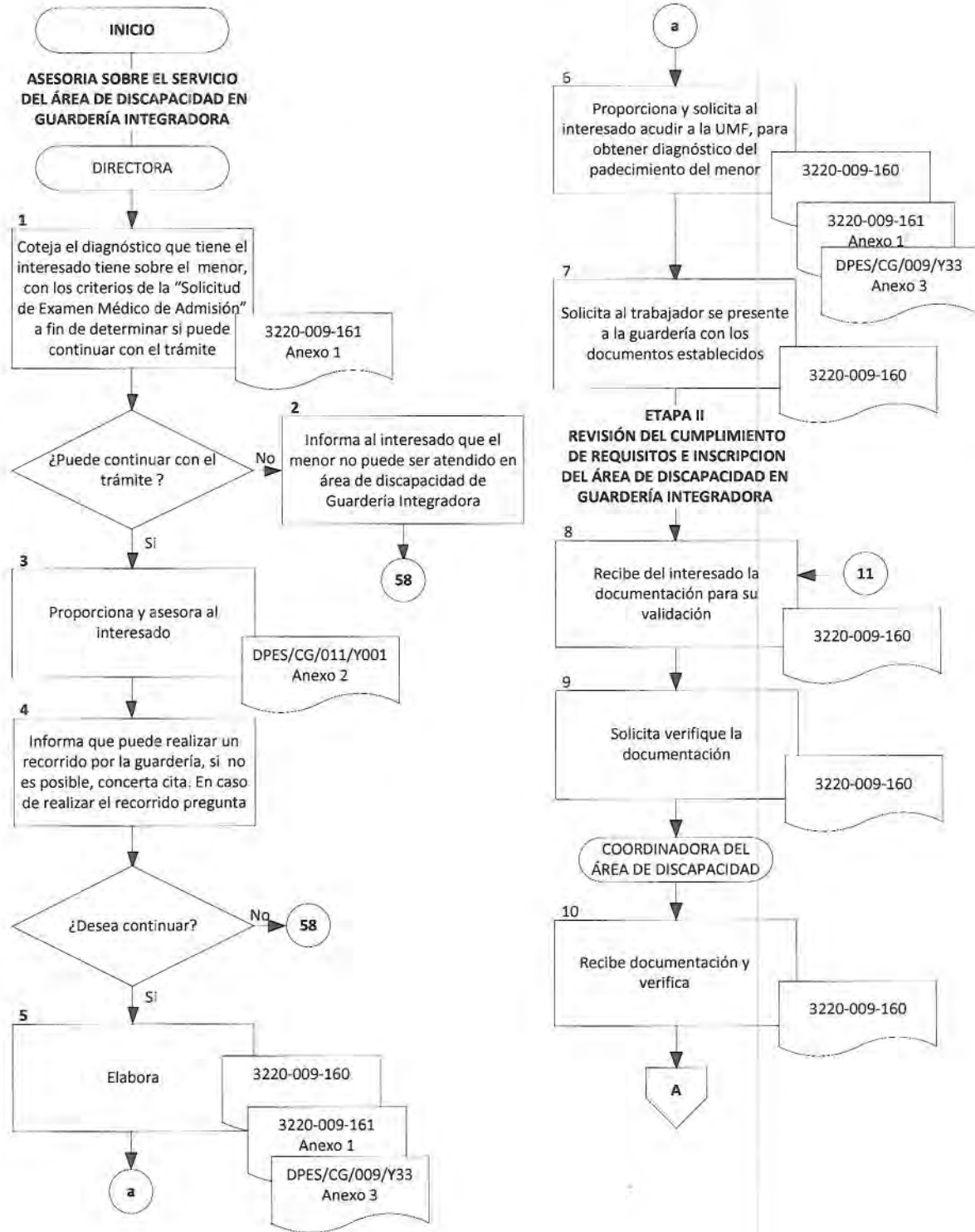


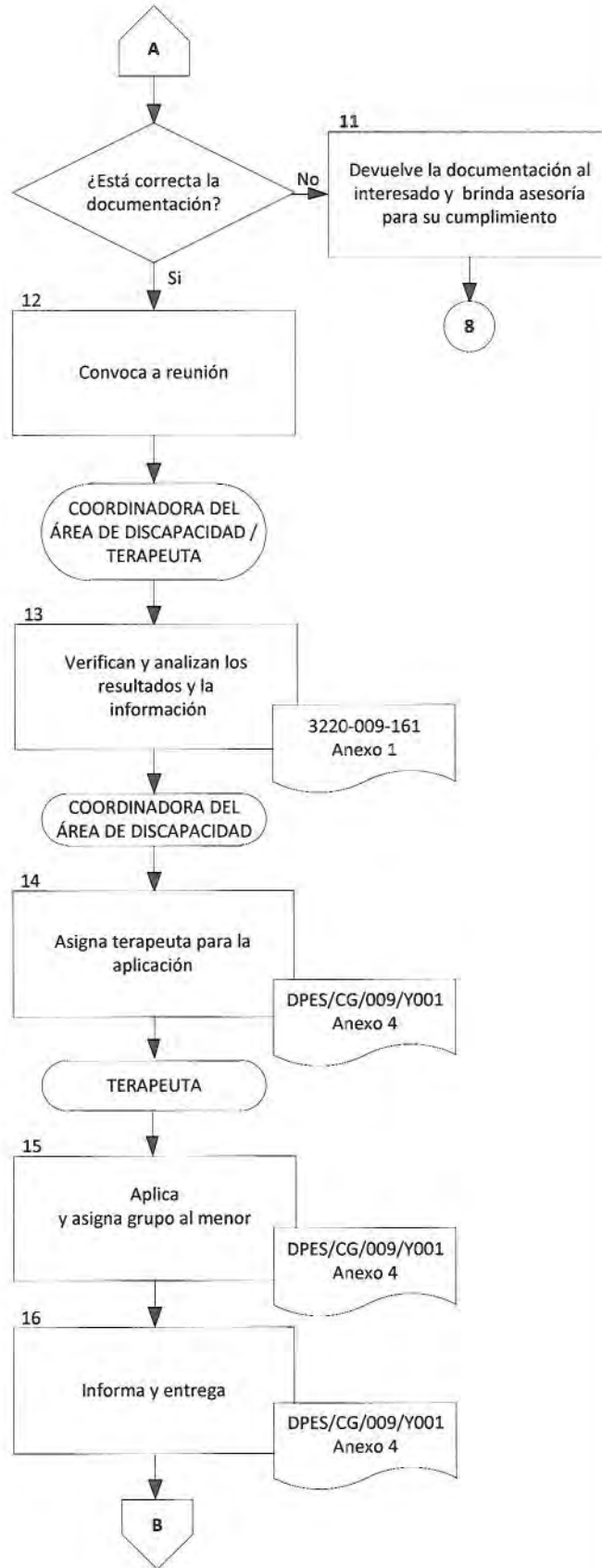
Responsable	Actividad	Documentos involucrados
Directora	<p><b>Sí ratifica su interés de continuar con el trámite de solicitud de inscripción a guardería del IMSS.</b></p> <p>53. Informa al interesado que continúa en lista de espera y que se comunicará con él cuando exista lugar disponible.</p> <p>Continúa en la actividad 50.</p> <p><b>Solicitudes de inscripción con disponibilidad de lugar</b></p> <p>54. Establece comunicación con el interesado, informando que hay disponibilidad de lugares, y pregunta si desea continuar con el trámite de inscripción.</p> <p><b>Sí desea continuar con el trámite de solicitud de inscripción</b></p> <p>55. Verifica la vigencia de "Solicitud de Examen Médico de Admisión" 3220-009-161 (Anexo 1) y en su caso requisita "Solicitud de Valoración Médica" 3220-009-092, con la finalidad de conocer el estado de salud del menor.</p> <p>56. Solicita al interesado se presente en la guardería con la "Solicitud de Valoración Médica" 3220-009-092.</p> <p>Continúa en la actividad 22.</p> <p><b>No desea continuar con el trámite de solicitud de inscripción</b></p> <p>57. Cancela la "Solicitud de Inscripción a Guardería del IMSS" 3220-009-160 que no han sido atendidas.</p> <p>58. Concluye el trámite.</p> <p><b>FIN DEL APÉNDICE</b></p>	<p>3220-009-161 Anexo 1</p> <p>3220-009-092</p> <p>3220-009-092</p> <p>3220-009-160</p>

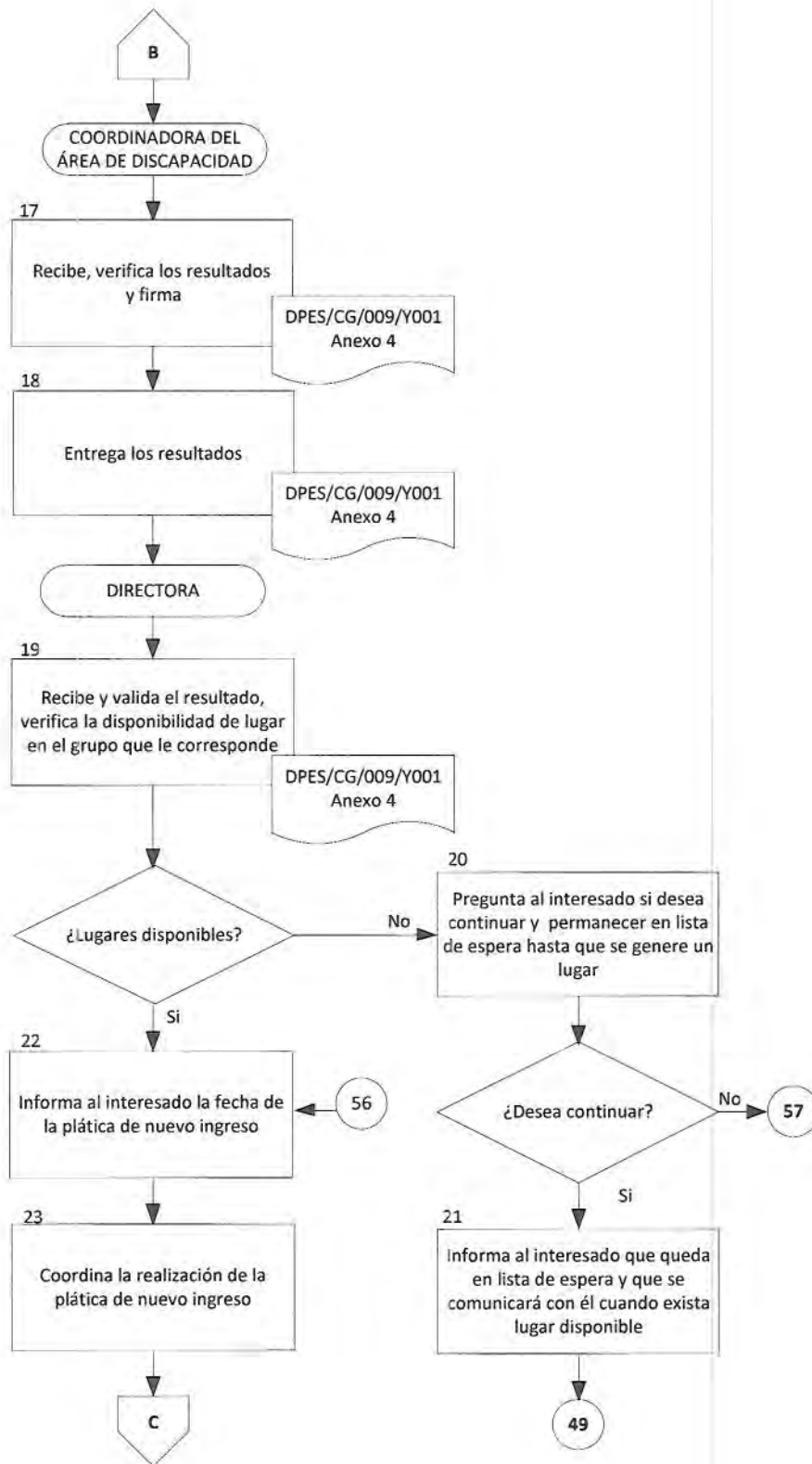


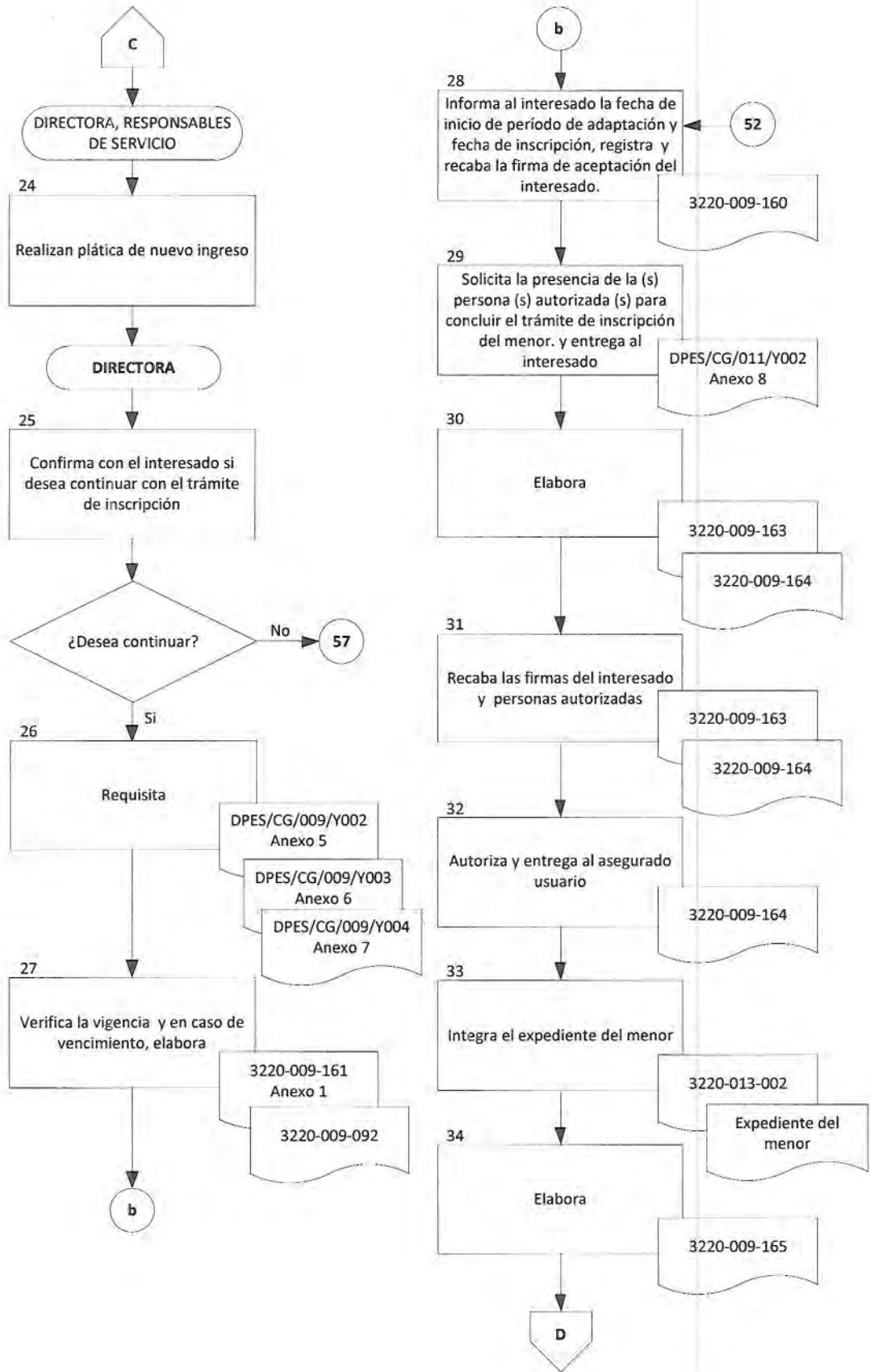
A7

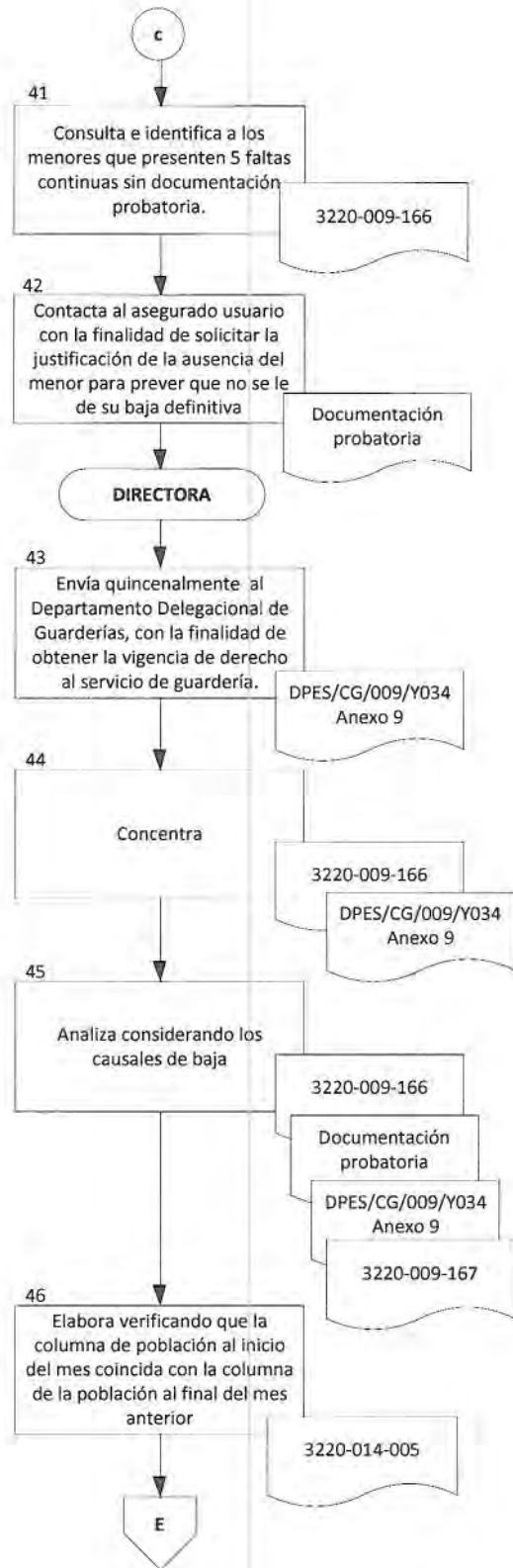
### Diagrama de flujo del Apéndice del Procedimiento para la inscripción y registro de asistencia del menor en las guarderías de prestación indirecta para el área de discapacidad en guardería integradora

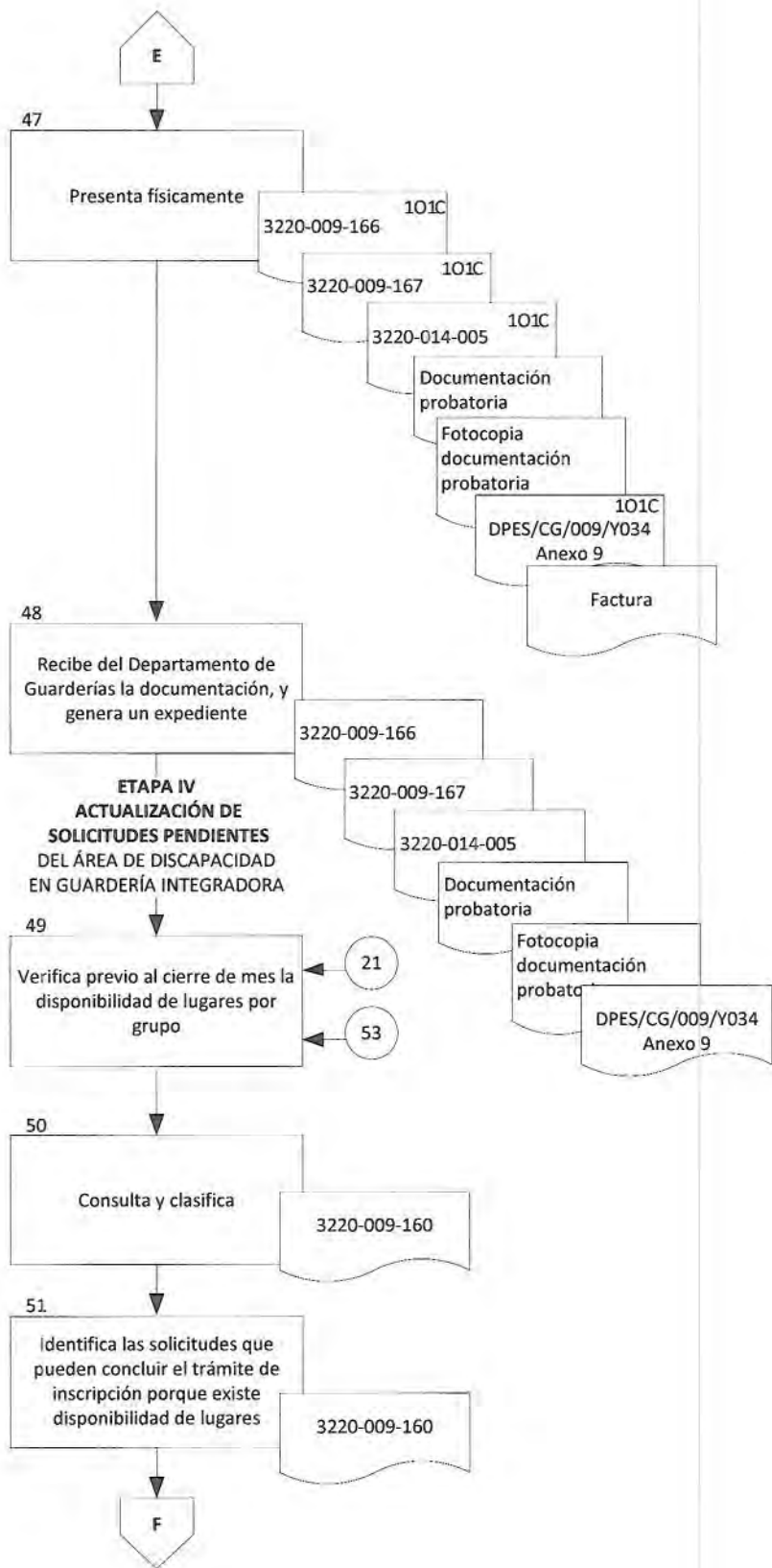


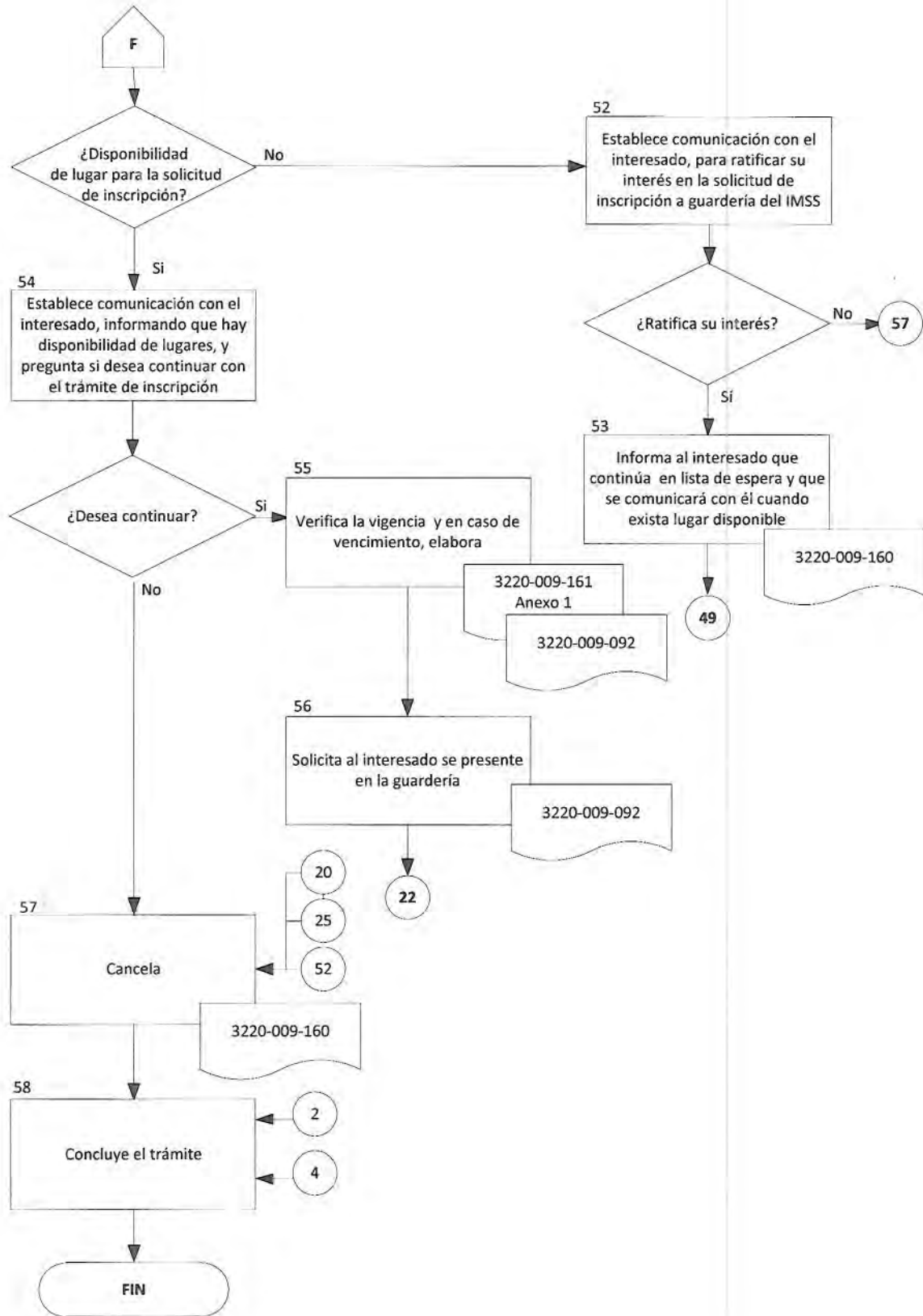












**A.7**

Documentos que intervienen en el Apéndice del Procedimiento para la inscripción y registro de asistencia del *menor en las guarderías de prestación indirecta* para el área de discapacidad en guardería integradora

Codificación	Título del documento	Observaciones
3220-009-161	Solicitud de examen médico de admisión	Anexo 1
DPES/CG/011/Y001	Acciones para Realizar el Trámite de Solicitud de Inscripción a del menor para el área de discapacidad en guardería integradora	Anexo 2
DPES/CG/009/Y33	Comprobante de certificación de vigencia y control de derecho al servicio de guardería	Anexo 3
3220-009-160	Solicitud de inscripción a guardería del IMSS	Anexo 2 del Procedimiento para la inscripción y registro de asistencia del menor en las guarderías del IMSS 3220-003-031
DPES/CG/009/Y001	Valoración del Desarrollo del Menor con Discapacidad Moderada para Asignación de Grupo	Anexo 4
3220-009-92	Solicitud de Valoración Médica	Anexo 3 del Procedimiento para la operación del servicio de fomento a la salud en guarderías IMSS
DPES/CG/009/Y002	Constancia de plática de nuevo ingreso a guardería integradora	Anexo 5
DPES/CG/009/Y003	Obligaciones del asegurado usuario que inscribe a un menor con discapacidad moderada a guardería integradora	Anexo 6
DPES/CG/009/Y004	Carta de autorización	Anexo 7
	Relación de ropa y accesorios para niños con discapacidad moderada	Anexo 8
3220-009-163	Cédula de Identificación del Menor	Anexo 5 del Procedimiento para la inscripción y registro de asistencia del menor en las guarderías del IMSS 3220-003-031



Codificación	Título del documento	Observaciones
3220-009-164	Credencial de Identificación	Anexo 7 del Procedimiento para la inscripción y registro de asistencia del menor en las guarderías del IMSS 3220-003-031
3220-013-002	Relación de Documentos que Integran el Expediente del Menor	Anexo 6 del Procedimiento para la inscripción y registro de asistencia del menor en las guarderías del IMSS 3220-003-031
3220-009-165	Relación semanal de menores que ingresan a la guardería	
3220-009-166	Lista de Asistencia	Anexo 10 del Procedimiento para la inscripción y registro de asistencia del menor en las guarderías del IMSS 3220-003-031
3220-009-167	Bitácora de Asistencia Manual	Anexo 11 del Procedimiento para la inscripción y registro de asistencia del menor en las guarderías del IMSS 3220-003-031
DPES/CG/009/Y034	Relación de niños inscritos en el área de discapacidad	Anexo 9
3220-014-005	Informe Estadístico Mensual de los Servicios de Guarderías	Anexo 12 del Procedimiento para la inscripción y registro de asistencia del menor en las guarderías del IMSS 3220-003-031



## ANEXO 1

### “Solicitud de Examen Médico de Admisión”





COORDINACIÓN DEL SERVICIO DE GUARDERÍA PARA EL  
DESARROLLO INTEGRAL INFANTIL

GUARDERÍA 1 TELÉFONO 2  
SALA 3 GRUPO 4

FECHA DE ELABORACIÓN 5  
DOMM AA

**SOLICITUD DE EXAMEN MÉDICO DE ADMISIÓN**

**DATOS DEL TRABAJADOR(A) CON DERECHO AL SERVICIO Y DEL MENOR**

TRABAJADOR(A) CON DERECHO AL SERVICIO 6

APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_ NOMBRE(S) \_\_\_\_\_

No. DE SEGURIDAD SOCIAL 7

CURP 8

MENOR: \_\_\_\_\_ 9

APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_ NOMBRE(S) \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO 10 CURP 11

DIRECTORA DE LA GUARDERÍA \_\_\_\_\_ 12

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA \_\_\_\_\_

13  
**Sello de la guardería**

**RESULTADO DEL EXAMEN MÉDICO DE ADMISIÓN**

FECHA DEL EXAMEN 14 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 15

EDAD DEL MENOR 16 SEXO 17 VIGILANCIA DE CREC. Y DESARROLLO 18 SI  NO

ESQUEMA DE INMUNIZACIONES ACORDE A LA EDAD 19 SI  NO

**ANTECEDENTES FAMILIARES** 20

ALERGIAS  CARDIOPATÍA  HEMOFÍLICOS

CONVULSIVOS  ONCOLÓGICOS  SORDERA

FIMICOS  ENDÓCRINOS  OTROS

ESPECIFIQUE 21

**ANTECEDENTES PRENATALES Y POSTNATALES** 22

MADRE: \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ GESTAS \_\_\_\_\_ PARTOS \_\_\_\_\_ CESAREAS \_\_\_\_\_ ABORTOS \_\_\_\_\_

CONTROL PRENATAL SI  NO  COMPLICACIONES \_\_\_\_\_

TIPO DE PARTO VAGINAL  ABDOMINAL

MOTIVO DE LA CESÁREA \_\_\_\_\_

MENOR: \_\_\_\_\_

HIPOXIA NEONATAL SI  NO

APGAR \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_ INCUBADORA \_\_\_\_\_

ALIMENTACIÓN SENO MATERNO  FORMULA  MIXTA

ABLACTACIÓN \_\_\_\_\_ DESTETE \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DEL MENOR** 23

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 24

EXPLORACIÓN FÍSICA <u>24</u>				PERÍMETRO CEFÁLICO	FRECUENCIA CARDÍACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	TEMPERATURA
PESO	TALLA	SI	NO				
CABEZA	NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EXPL. NEUROLÓGICA	NORMAL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CAV. ORAL	NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUELLO	NORMAL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TÓRAX	NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ABDOMEN	NORMAL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
EXTREMIDADES	NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GENITALES	NORMAL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ANO	NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PIEL	NORMAL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
OSTEOMUSCULAR	NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DES. PSICOMOTOR	NORMAL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

REQUIERE INTERCONSULTA SI  NO  25

CUÁL, ESPECIFIQUE 26

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: 27

COMENTARIOS: 28



DICTAMEN DE APTITUD / NO APTITUD

SE DICTAMINA QUE EL MENOR \_\_\_\_\_

29

REÚNE LAS CONDICIONES DE SALUD Y DESARROLLO PARA ADMISIÓN EN GUARDERÍA

SI

30

NO

PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD

31

SI

NO

EN CASO AFIRMATIVO, MARQUE GRADO DE DISCAPACIDAD

32

LEVE O NO DEPENDIENTE

MODERADA

EN CASO DE DICTAMINAR NO APTO, REGISTRE POR QUÉ

33

PRESENTA DISCAPACIDAD SEVERA

PRESENTA ENFERMEDAD, CONDICIÓN O ESTADO DE DISCAPACIDAD ESPECÍFICO NO COMPATIBLE CON LA GUARDERÍA  
ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

OTRO: ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

34

APTO PARA GUARDERÍA

SI

NO

AMERITA NUEVO EXAMEN

35

SI

NO

FECHA DE EMISIÓN

36

DD

MM

AA

PRÓXIMA VALORACIÓN

37

DD

MM

AA

DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS SOLO CASOS DE DISCAPACIDAD

38

DIAGNÓSTICOS NOSOLÓGICOS:

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL:

PROCEDIMIENTOS ESPECIALES PARA APLICACIÓN EN GUARDERÍA:

CONDICIONES ESPECÍFICAS IDENTIFICADAS:

ÓRTESIS, PRÓTESIS O AYUDAS FUNCIONALES:

DATOS DEL MÉDICO

39

NOMBRE \_\_\_\_\_

MATRÍCULA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

40

SELLO DE LA UMF

EL RESULTADO DE ESTE EXAMEN SERÁ VÁLIDO DURANTE SIETE DÍAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SU REALIZACIÓN

3220-009-161







## ANEXO 1

### "Solicitud de Examen Médico de Admisión"

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Guardería	Esquema y número asignado a la guardería
2	Teléfono	Número telefónico de la guardería
3	Sala	Nombre de la sala a la que ingresará el menor conforme a la edad cronológica
4	Grupo	Número o letra del grupo a la que ingresará el menor (requisita guardería)
5	Fecha de elaboración	Día, mes y año en que se requisita el formato

#### DATOS DEL TRABAJADOR(A) CON DERECHO AL SERVICIO Y DEL MENOR

6	Trabajador con derecho al servicio	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del menor, sin abreviaturas
7	No. de Seguridad Social	Número de seguridad social (conformado por 11 caracteres)
8	CURP	Clave Única de Registro de Población, del asegurado
9	Menor	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del menor, sin abreviaturas
10	Fecha de nacimiento	Día, mes y año del nacimiento del menor
11	CURP	Clave Única de Registro de Población, del menor
12	Directora de guardería	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la Directora, sin abreviaturas y firma
13	Folio	Número asignado por la guardería para dar seguimiento a la solicitud de inscripción del menor. Conformado por doce dígitos, los últimos cuatro forman un consecutivo para la guardería

#### RESULTADO DEL EXAMEN MÉDICO DE ADMISIÓN

14	Fecha del examen	Día, mes y año en que el médico realiza al menor, el examen médico de admisión
15	Unidad de medicina familiar No.	Número de la unidad médica en que se realiza el examen médico de admisión



**ANEXO 1**  
**“Solicitud de Examen Médico de Admisión”**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No	DATO	ANOTAR
16	Edad del menor	Número de días, meses o años cumplidos del menor
17	Sexo	F si es femenino M si es masculino
18	Vigilancia de crecimiento y desarrollo	Una (X) en el recuadro que corresponda
19	Esquema de inmunizaciones acorde a la edad	Una (X) en el recuadro que corresponda
20	Antecedentes familiares	Una (X) en el recuadro que corresponda, si elige Otros, especifique cuál, en el espacio del rubro número 21
21	Especifique	El padecimiento que no esté considerado en el rubro anterior
22	Antecedentes prenatales y postnatales	Una (X) en el recuadro que corresponda, número, fecha o descripción de los datos que se solicitan, sin omitir ninguno, el peso en gramos, si estuvo en incubadora el tiempo de permanencia, la ablactación y destete, afirmativa o negativamente y a qué edad
23	Antecedentes personales patológicos del menor	Especificando en caso de existir alguno
24	Exploración física	Los datos que se solicitan en los espacios correspondientes sin omitir ninguno y, una (X) en el recuadro que corresponda
25	Requiere interconsulta	Una (X) en el recuadro que corresponda
26	Cuál especifique	Si elige Si, por requerir interconsulta campo 25 describa de que tipo
27	Impresión Diagnóstica	Resultado del hallazgo del examen practicado al menor considerando los padecimientos que se encuentran en el reverso de la Solicitud de examen médico de admisión



**ANEXO 1**

**“Solicitud de Examen Médico de Admisión”**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
28	Comentarios	Datos relevantes relacionados con el diagnóstico, discapacidad o cuidados del menor
29	Se dictamina que el menor	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del menor, sin abreviaturas
30	Reúne las condiciones de salud y desarrollo para admisión en guardería	Una (X) en el recuadro que corresponda
31	Presenta alguna discapacidad	Una (X) en el recuadro que corresponda
32	En caso afirmativo, marque grado de discapacidad	Una (X) en el recuadro que corresponda
33	En caso de dictaminar no apto, registre por qué	Una (X) en el recuadro que corresponda, y en su caso especificar en el espacio correspondiente
34	Apto para guardería	Una (X) en el recuadro que corresponda
35	Amerita nuevo examen	Una (X) en el recuadro que corresponda
36	Fecha de emisión	Día, mes y año en que se realiza examen médico al menor
37	Próxima valoración	Día, mes y año en que se programa nuevo examen al menor
38	Diagnósticos y procedimientos solo casos de discapacidad	Los datos que se solicitan en los espacios correspondientes sin omitir ninguno
39	Datos del médico	Apellidos y nombre completo sin abreviaturas, número de matrícula y firma del médico que practicó el examen médico de admisión al menor
40	Sello de la UMF	El de la unidad médica correspondiente donde le realizaron el examen médico



**ANEXO 1**

**"Solicitud de Examen Médico de Admisión"**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
41	Criteria para determinar aptitud del menor para guardería (para menores sin discapacidad y para los que presentan alguna leve o no dependiente)	En los campos 30, 31, 32, 33, 34 y 38 que corresponda si reúne o no las condiciones de salud y desarrollo para admisión
42	Criteria para determinar aptitud del menor para guardería (para los menores que presentan discapacidad moderada)	En los campos 30, 31, 32, 33, 34 y 38 lo que corresponda si reúne o no las condiciones de salud y desarrollo para admisión



## ANEXO 2

**“Acciones para Realizar el Trámite de Solicitud de Inscripción a del menor  
para el área de discapacidad en guardería integradora”**





## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES  
COORDINACIÓN DEL SERVICIO DE GUARDERÍA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL INFANTIL

### **Acciones para Realizar el Trámite de Solicitud de Inscripción a del menor para el área de discapacidad en guardería integradora**

#### **¿Quiénes tienen derecho al servicio?**

Los trabajadores asegurados en las siguientes modalidades:

- A. De la trabajadora inscrita en el IMSS bajo el Régimen Obligatorio
- B. Del trabajador viudo inscrito en el IMSS bajo el Régimen Obligatorio
- C. Del trabajador divorciado inscrito en el IMSS bajo el Régimen Obligatorio
- D. Del trabajador que por resolución judicial ejerza la patria potestad y la custodia de un menor, inscrito en el IMSS bajo el Régimen Obligatorio

#### **¿Por qué medios puede realizar el trámite?**

- Únicamente de manera presencial en la guardería integradora

#### **Requisitos indispensables para iniciar el trámite solicitud de inscripción a guardería Integradora en el área de discapacidad**

- Tramitar la CURP del menor
- Registrar al menor como beneficiario en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) o Subdelegación del IMSS correspondiente, si desconoce la UMF que le corresponde puede comunicarse al 01 800 6 3 23 23 para recibir la información al respecto, excepto los trabajadores bancarios por convenio, a quienes se les indicará en la guardería la UMF a la que deberán acudir para que se le practique el examen al menor.

#### **Documentación requerida para el trámite de inscripción**

##### **Del menor**

- Acta de nacimiento (original o copia certificada para cotejo y copia simple para el expediente).
- Clave Única de Registro de Población, CURP (original o impresión de Internet para cotejo).
- Cartilla nacional de salud (original para cotejo).
- 2 fotografías tamaño infantil
- Solicitud de examen médico de admisión requisitada y vigente
- Copia del comprobante de inscripción como beneficiario y original para cotejo, cuando la guardería no cuente con el medio para verificar vigencia de derechos.

##### **Del trabajador(a) con derecho al servicio**

- Clave Única de Registro de Población, CURP (original o impresión de internet para cotejo).
- 3 fotografías tamaño infantil
- Constancia de trabajo expedida por el patrón (original para expediente), la cual deberá contener los siguientes datos: nombre o razón social, nombre del trabajador(a)asegurado(a) con derecho al servicio, número de seguridad social, domicilio, nombre de la calle, número, colonia, entidad federativa, código postal, teléfono del lugar de trabajo, registro patronal, horario de trabajo, día(s) de descanso, periodo vacacional (número de días al año) y firma del patrón o de su representante.





## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES  
COORDINACIÓN DEL SERVICIO DE GUARDERÍA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL INFANTIL

- Identificación oficial con fotografía (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional) o credencial ADIMSS. En caso de que el trabajador(a) asegurado(a) con derecho al servicio, sea menor de edad, credencial de la empresa donde trabaja.
- Solicitud de inscripción a guardería del IMSS(Documento proporcionado por la guardería)
- Constancia de plática de nuevo ingreso (documento proporcionado por la guardería)
- Valoración del Desarrollo del Menor con Discapacidad Moderada para Asignación de Grupo (documento proporcionado por la guardería)

### **Adicionalmente:**

#### **Para el trabajador viudo con derecho al servicio**

- Acta de defunción de la madre del menor (original o copia certificada para cotejo y copia simple para expediente)

#### **Para el trabajador divorciado con derecho al servicio**

- Resolución judicial que indique la custodia del menor (original o copia certificada para cotejo y copia simple para expediente)

#### **Para el trabajador(a) con derecho al servicio que ejerza la patria potestad y tenga la custodia del menor**

- Resolución judicial que indique que ejerce la patria potestad y tiene la custodia del menor (original o copia certificada para cotejo y copia simple para expediente)

#### **Para personas autorizadas para entregar y recoger al menor (de una a tres, mayores de edad)**

- Identificación oficial con fotografía (credencial para votar o pasaporte o cédula profesional) o credencial ADIMSS
- Clave Única de Registro de Población, CURP
- 3 fotografías tamaño infantil





## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES  
COORDINACIÓN DEL SERVICIO DE GUARDERÍA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL INFANTIL

### **Pasos a seguir para registrar la solicitud de inscripción a Guardería Integradora en el área de discapacidad**

1. Presentarse en la guardería y proporcionar información que éste tiene sobre el diagnóstico del menor a fin de determinar si puede continuar con el trámite de solicitud de inscripción para el área de discapacidad en guardería integradora.
2. Una vez que se identifica que el menor puede inscribirse en el área de discapacidad en guardería integradora, deberá proporcionar los siguientes datos para elaborar la "Solicitud de Inscripción a Guardería del IMSS", "Solicitud de Examen Médico de Admisión" (4 páginas) y "Certificación de vigencia y control de derecho al servicio de guardería"

#### **Del menor:**

- CURP
- Apellido paterno, apellido materno y nombre(s)

#### **Del trabajador(a) con derecho al servicio:**

- No. de Folio de la Credencial ADIMSS (en caso de tenerla)
- CURP
- Registro patronal Número de seguridad social o matrícula de becario
- Apellido paterno, apellido materno y nombre (s)
- Domicilio: nombre de la calle, número exterior y número interior, colonia, código postal, entidad federativa, municipio o delegación
- Teléfonos: particular, celular (opcional).
- Correo electrónico
- Unidad médica de adscripción

#### **Del lugar de trabajo:**

- Nombre o razón social
- Domicilio: nombre de la calle, número exterior y número interior, colonia, código postal, entidad federativa, municipio o delegación
- Teléfonos y extensiones (donde se pueda localizar al trabajador(a))

La Directora le informará la posibilidad de realizar un recorrido por la guardería.

3. Acudir a la Unidad de Medicina Familiar del IMSS, para que el médico determine los estudios necesarios para emitir un diagnóstico del menor. Una vez que requisiere la "Solicitud de Examen Médico de Admisión" deberá acudir en la UMF al área de Vigencias para que requisiere la "Certificación de vigencia y control de derecho al servicio de guardería".

Con la "Solicitud de Examen Médico de Admisión"(4 páginas) podrá concertar cita médica comunicándose al **01 800 6 81 25 25** o acudir a la Unidad de Medicina Familiar que le corresponda para que se le realice al menor el examen médico de admisión y se requisiere el formato.





## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES  
COORDINACIÓN DEL SERVICIO DE GUARDERÍA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL INFANTE

4. Con la "Solicitud de Examen Médico de Admisión la Directora asignará un terapeuta para que aplique al Valoración del Desarrollo del Menor con Discapacidad Moderada para Asignación de Grupo".
5. Una vez asignado a qué grupo asistirá el menor, la Directora informará la disponibilidad de lugares
  - a) **Cuando no exista lugar disponible la Directora le proporcionará sólo un formato:**  
La Directora indicará que puede estar en lista de espera o cancelar el trámite de solicitud de inscripción y que comunicará con él cuando exista lugar disponible.
  - b) **Quando exista lugar disponible la Directora le proporcionará tres formatos:**  
La Directora le informará la fecha en que deberá asistir a la plática de nuevo ingreso.
6. El trabajador con derecho al servicio deberá acudir con la documentación requerida de acuerdo a su circunstancia específica.
7. Las personas autorizadas para entregar o recibir al menor deberán acudir a la guardería con sus fotografías, para firmar la cédula de identificación del menor y recibir su credencial de identificación.
8. Posteriormente se le informará la fecha de inicio del periodo de adaptación.

### Realización del Periodo de adaptación

- Menores de 12 meses de edad, los dos primeros días en compañía del trabajador usuario y el tercer día podrá ser acompañado por una persona adulta autorizada por éste y que el niño reconozca.
- Menores de 13 meses en adelante, será sin la presencia de los padres, de forma gradual:
  - ✓ Primer día 4 horas
  - ✓ Segundo día 5 horas
  - ✓ Tercer día 6 horas cuando la estancia del menor vaya a ser aproximadamente de 8 horas y 8 horas cuando la estancia del menor en la guardería vaya a ser mayor.



### ANEXO 3

## “Certificación de vigencia y control de derecho al servicio de guardería”





<b>CERTIFICACIÓN DE VIGENCIA Y CONTROL DEL DERECHO AL SERVICIO DE GUARDERÍA</b>		GUARDERÍA NÚMERO (4)	DELEGACIÓN (1)	CLAVE
			SUBDELEGACIÓN (2)	CLAVE
			LOCALIDAD (3)	CLAVE
DATOS DE ASEGURADO (SIN ABREVIATURAS)				
(5)		(6)		(7)
APELLIDO PATERNO		MATERNO		NOMBRE(S)
TIPO DE MOVIMIENTO		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		FECHA DE CERTIFICACIÓN
1 - ALTA (8) <input type="checkbox"/> 2 - BAJA (9) <input type="checkbox"/>		(10)      (11)		(22)
		18 DÍGITOS      DIG. VER.		
MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO DEL TRABAJADOR	<input type="checkbox"/> 10 TRABAJADORES PERMANENTES Y TEMPORALES URBANOS	<input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 TRABAJADORES ASALARIADOS PERMANENTES Y EVENTUALES DEL CAMPO	<input type="checkbox"/> 14 TRABAJADORES ESTACIONALES DEL CAMPO CAÑERO	UNIDAD QUE CERTIFICÓ *SELLO*
	<input type="checkbox"/> 17 REVERSIÓN DE CUOTAS POR SUBROGACIÓN DE SERVICIO	<input type="checkbox"/> 15 TRABAJADORES ESTACIONALES DEL CAMPO EN GENERAL	<input type="checkbox"/>	
NOMBRE DEL MENOR				
(13)      (14)      (15)				
APELLIDO PATERNO		MATERNO		DÍA / MES / AÑO
		NOMBRE(S)		
REPORTE DE CERTIFICACIÓN				
EL ASEGURADO SE ENCUENTRA	NOMBRE DE LA DELEGACIÓN DIFERENTE DONDE SE ENCUENTRA INSCRITO EL TRABAJADOR		FUENTE DE INFORMACIÓN	
(16)	(17)		(18)	
ANOTAR CON DERECHO O SIN DERECHO		CERTIFICÓ		SÓLO EN CASO DE TENER DERECHO EL ASEGURADO
(19)		(20)		
NOMBRE		MATRÍCULA		
		FIRMA		(23)

REVISÓ

(24)

NOMBRE Y FIRMA DE LA DIRECTORA DE LA GUARDERÍA

DPES/CG/009/Y33

*ZW*



**ANEXO 3**  
**“Certificación de vigencia y control de derecho al servicio de guardería”**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>NO.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Delegación	El nombre y número de la Delegación
2	Subdelegación	El nombre y número de la Subdelegación
3	Localidad	El nombre de la localidad y número que le corresponde
4	Guardería No.	Esquema y número de guardería.
5	Apellido Paterno	Apellido Paterno del asegurado
6	Apellido Materno	Apellido Materno del asegurado
7	Nombre(s)	Nombre(s) del asegurado
8	Tipo de movimiento de alta	Con “X” marque si el asegurado esta afiliado al IMSS
9	Tipo de movimiento de baja	Con “X” marque sí el asegurado no esta afiliado al IMSS
10	Número de Seguridad Social	Número de Seguridad Social del asegurado 10 dígitos
11	Número de dígito verificador	Número de dígito verificador del Núm. de Seguridad Social del asegurado
12	Modalidad de aseguramiento del trabajador	Establezca el tipo de contratación del asegurado.
13	Apellido Paterno	Apellido Paterno del menor
14	Apellido Materno	Apellido Materno del menor
15	Nombre(s)	Nombre(s) del menor
16	El asegurado se encuentra con	Indicar si el asegurado se encuentra con derecho o sin derecho vigente
17	Nombre de la delegación diferente donde se encuentra inscrito el trabajador	En caso de que se encuentre en una Delegación diferente especificar su nombre



**ANEXO 3**  
**“Certificación de vigencia y control de derecho al servicio de guardería”**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>NO.</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
18	Fuente de información	Especificar la fuente donde obtuvo la información
19	Nombre	Nombre del trabajador que certifica la vigencia
20	Firma	Firma del trabajador que certifica la vigencia
21	Matrícula	Matrícula del trabajador que certifica la vigencia
22	Fecha de Certificación	Indicar día, mes y año que se realizó la certificación
23	Unidad que certifico	Sello de la Unidad que certificó
24	Nombre y firma de la Directora de la Guardería	Nombre y firma autógrafa de la Directora de la Guardería



## ANEXO 4

### “Valoración del desarrollo para asignación de grupo”





**IV. DATOS DEL DESARROLLO**

Motor 21 Lenguaje

Control de cuello _____	Gorjeo _____	Control de esfínteres <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">22</span>	
Rodado _____	Balbuceo _____	Vesical SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Anal SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Sedestación _____	Jerga _____	Edad _____	
Bipedestación _____	Primeras palabras _____	Sueño _____ Hrs. <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">23</span>	
Marcha _____	Frases _____		

Comentarios 24

---

Come 25 Con ayuda  Independientemente

Presenta lo siguiente

	SI	NO
Dificultad para succionar (mamila, chupón o popote)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para deglutir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agitación al comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saca mucho la lengua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escurre demasiado alimento de la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mastica lo suficiente y se pasa el alimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cierra la boca al comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sale líquido o alimento por la nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para ingerir alimentos de baja resistencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para ingerir alimentos de mediana resistencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para ingerir alimentos de alta resistencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**V. ATENCIÓN MÉDICA Y TERAPÉUTICA EXTERNA**

27 Recibe seguimiento de algún médico especialista SI  NO

Institución Pública  Privada  Otra  Especifique \_\_\_\_\_

Nombre del médico tratante \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Periodicidad de las consultas \_\_\_\_\_

28 Actualmente recibe terapia SI  NO

Institución Pública  Privada  Otra  Especifique \_\_\_\_\_

Tipo de terapia \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_

Nombre del terapeuta \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Cuenta con programa de actividades y ejercicios terapéuticos SI  NO

Se trabaja en casa SI  NO

**VI. PERSPECTIVA HACIA LA DISCAPACIDAD DEL MENOR**

Actitud asumida por los padres ante la discapacidad del menor 29

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Expectativas de los padres hacia su hijo 30

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Expectativas de los padres hacia la guardería 31

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VII. ASPECTOS ADICIONALES**

Problemas observados por el entrevistador en la familia del niño 32

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones adicionales 33

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



B. INDICADORES A EVALUAR									
Grupo		I		II		III		IV	
Aspectos a valorar		Indicadores	R	Indicadores	R	Indicadores	R	Indicadores	R
Psicomotricidad	Motricidad gruesa	Presenta movimientos de extremidades superiores e inferiores	35	Se desplaza por medio de arrastre o el gateo	35	Se desplaza de forma independiente, utilizando recursos (barra de apoyo, andadera, pared, u otros)	35	Camina de forma independiente o con ayudas funcionales	35
		Juega con sus pies		Se mantiene de pie apoyándose en un barandal		Sube escaleras gateando o caminando		Sube y baja escalones de pie (agarrándose del barandal)	
	Motricidad fina	Inicia prensión palmar		Aplauda		Presenta movimiento de pinza		Realiza trazos simples	
				Coloca objetos dentro de una caja		Ensambla piezas en un tablero o material de construcción		Ensarta material destinado para este fin	
Cognitiva	Sensopercepciones, conceptualización y asociación	Llora o se incomoda ante texturas extrañas		Identifica objetos cuando otra persona menciona su nombre		Presta atención a un cuento corto		Clasifica objetos o imágenes por color, forma o campos semánticos	
		Voltea cuando escucha un sonido		Identifica la cabeza o extremidades de su cuerpo		Identifica objetos, personas o acciones en imágenes		Identifica algunos conceptos de cantidad y tamaño como grande-pequeño, muchos-pocos	
		Sigue un objeto en movimiento		Imita acciones simples como mover la mano para decir "adios", hacer "ojitos", abrir la boca		Logra iniciar y terminar una actividad corta con secuencia		Emplea juego simbólico	
Personal-social	Independencia y autoayuda	Necesita total ayuda para ser alimentado, vestido, desvestido y aseado		Sostiene momentáneamente la cuchara		En ocasiones come solo		Se desviste de forma independiente	
		Llora cuando está mojado del pañal		Coopera un poco durante su vestido y desvestido		Participa en el lavado de su cara y manos		Se cepilla el cabello	
	Socialización	Se tranquiliza al oír la voz del adulto		Inicia juegos de interacción con sus compañeros		Realiza actividades cooperativas con otros niños		Comparte objetos o pertenencias	
		Sonríe espontáneamente		Llama la atención del adulto (gritando, hablando o con movimiento)		Ayuda en actividades cotidianas		Respetar turnos	
Lenguaje	Comunicación y lenguaje	Utiliza la sonrisa como medio de comunicación		Vocaliza para responder a la plática con un adulto		Tiene intención comunicativa o utiliza sus propios medios para comunicarse		Sigue instrucciones (dos acciones)	
				Sigue instrucciones simples como "dame", "mira", "abre tu boca"		Emite algunos sonidos onomatopéyicos		Manifiesta sus necesidades	
	Habla	Empieza a emitir pequeños sonidos guturales o vocalizaciones		Reacciona o responde al escuchar su nombre		Emite sílabas, palabras o frases con un fin específico		Tararea o canta una canción	
Puntaje obtenido		36		36		36		36	
Porcentaje obtenido		37		37		37		37	
<b>GRUPO ASIGNADO</b>								38	
39		40		41		42			
Terapeuta responsable		Entrevistado		Coord. del área de discapacidad		Directora			

DPES/CG/009/Y001



## ANEXO 4

### Valoración del desarrollo del menor con discapacidad moderada para asignación de grupo

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

NO.	DATO	ANOTAR
<b>A. GUÍA DE ENTREVISTA</b>		
<b>I. DATOS DE LOS PADRES DEL MENOR</b>		
1	Guardería	Número asignado a la guardería.
2	Fecha	Día, mes y año en que se lleva a cabo el requisitado del formato.
3	Menor	Nombre completo del niño.
4	Datos de la madre	Nombre completo de la madre, edad, escolaridad y ocupación.
5	Datos del padre	Nombre completo de la madre, edad, escolaridad y ocupación.
<b>II. ANTECEDENTES PERINATALES Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b>		
6	Características del embarazo	<p>Si fue un embarazo planeado y deseado, si presentó complicaciones durante éste y cuáles (accidentes, preeclampsia, violencia intrafamiliar, intentos de aborto, entre otros), tratamiento recibido y número de semanas que duró el embarazo.</p> <p>Especificar si ingería drogas, alcohol o medicamentos que afecten al Sistema Nervioso Central (antidepresivos, antipsicóticos, para la angustia, trastornos del sueño, entre otros).</p>
7	Desarrollo del parto	Complicaciones durante el parto, necesidad de incubadora y permanencia del menor en el hospital, causa y tiempo.
8	Conductas atípicas presentadas por el menor	Comportamientos y reflejos que señalen alguna particularidad con relación a la edad cronológica del niño.
9	Ha presentado o sufrido	En el recuadro una X en caso de afirmación o negación.
10	Descripción detallada conforme a lo anterior	Características, secuelas y complicaciones de lo señalado anteriormente como afirmativo. Duración, periodicidad, comportamiento previo y posterior al evento y atención médica y de rehabilitación recibida.
11	Descripción de la recuperación	Respuesta física y psicológica al tratamiento médico y de rehabilitación.



## ANEXO 4

### Valoración del desarrollo del menor con discapacidad moderada para asignación de grupo

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

NO.	DATO	ANOTAR
12	Se encuentra bajo tratamiento farmacológico	En el recuadro una X en caso de afirmación o negación. Nombre del medicamento y dosis, así como fecha inicial de la ministración.
<b>III. RELACIÓN DEL MENOR CON SU ENTORNO SOCIAL</b>		
13	¿La madre convive con el niño?  ¿El padre convive con el niño?	En el recuadro una X en caso de afirmación o negación.
14	¿Quién vive con el niño?	Personas y parentesco que habitan y conviven con el niño.
15	Hermanos	Nombre y edad de cada uno de los hermanos.
16	Lugar que ocupa el niño	Con un número el lugar que ocupa el niño entre los hermanos. Indicar si es el mayor o menor de los hermanos.
17	Relación que existe entre los integrantes de la familia y el menor	Tipo de interacción (cercana, indiferente, positiva, de rechazo, de aceptación, amorosa, conflictiva, entre otras) con cada uno de los miembros.
18	¿Quién cuida al niño generalmente?	Nombre de la persona y parentesco.
19	Descripción de la conducta del niño en un día cualquiera	Manera en que se desenvuelve cotidianamente.
20	Descripción de la personalidad del niño	Cualidades y áreas de mejora que caracterizan al niño (agresivo, impaciente, hiperactivo, cariñoso, compartido, tenaz, cooperativo, entre otros).
<b>IV. DATOS DEL DESARROLLO</b>		
21	Motor y Lenguaje	Especifique la edad, en meses, en la que maduró las diferentes etapas del desarrollo.
22	Control de esfínteres	En el recuadro una X en caso de afirmación o negación y edad, en meses, en que maduró este proceso.
23	Sueño	Número de horas que duerme al día.



#### ANEXO 4

### Valoración del desarrollo del menor con discapacidad moderada para asignación de grupo

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

NO.	DATO	ANOTAR
24	Comentarios	Características del desarrollo motor de lenguaje y control de esfínteres.  Características del sueño (continuo o interrumpido, "ronquidos", "rechinado de dientes", entre otros).
25	Come	En el recuadro una X según indique el entrevistado.
26	Presenta lo siguiente	En el recuadro una X en caso de afirmación o negación.  Alimentos de baja resistencia (gelatina, yogurt)  Alimentos de mediana resistencia (manzana, papaya)  Alimentos de alta resistencia (carne, pollo, galletas)

#### V. ATENCIÓN MÉDICA Y TERAPÉUTICA EXTERNA

27	Recibe seguimiento de algún médico especialista	Datos generales del médico especialista y la atención que brinda.
28	Actualmente recibe terapia	Datos generales del terapeuta y la atención que brinda.

#### VI. PERSPECTIVA HACIA LA DISCAPACIDAD DEL MENOR

29	Actitud asumida por los padres ante la discapacidad del menor	La reacción (positiva o negativa) de los padres hacia su hijo con discapacidad. Las acciones que los padres han realizado con respecto a la discapacidad de su hijo (manejo del duelo, búsqueda de ayuda, indiferencia, pasividad, maltrato, entre otras).
30	Expectativas de los padres hacia su hijo	Intereses y deseos en cuanto a la vida social, familiar y escolar.
31	Expectativas de los padres hacia la guardería	Beneficios que esperan obtener del servicio de guardería.

#### VII. ASPECTOS ADICIONALES

32	Problemas observados por el entrevistador en la familia del niño	Redactar las dificultades entre las personas asistentes a la entrevista.
----	--	--



## ANEXO 4

### Valoración del desarrollo del menor con discapacidad moderada para asignación de grupo

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

NO.	DATO	ANOTAR
33	Observaciones adicionales	Cualquier situación relevante que deba ser registrada, así como aspectos positivos presentados en el desarrollo de la entrevista.
<b>B. INDICADORES A EVALUAR</b>		
34	Grupo	Encerrar en un círculo el número de grupo que le correspondería al menor por edad cronológica, con la finalidad de obtener un primer parámetro de los indicadores a valorar.  Grupo I (mínimo 43 días de nacido)  Grupo II (mínimo 1 año de edad)  Grupo III (mínimo 2 años de edad)  Grupo IV (mínimo 3 años de edad)
35	R	Valor otorgado a la respuesta observada del menor respecto al indicador.  Valor    Respuesta  (0)      Cuando el menor no realice la actividad  (.5)     Cuando el menor realice la actividad con mínima ayuda  (1)      Cuando el menor realice la actividad sin ayuda  Nota: El terapeuta deberá utilizar los estímulos acordes al indicador que se desea evaluar, así como centrar su observación en las conductas que el menor presente aleatoriamente.
36	Puntaje obtenido	Suma de los valores otorgados a las respuestas del menor (R).



#### ANEXO 4

### Valoración del desarrollo del menor con discapacidad moderada para asignación de grupo

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

NO.	DATO	ANOTAR
37	Porcentaje obtenido	<p>Porcentaje obtenido respecto a los indicadores descritos para el grupo, con la siguiente fórmula:</p> $\frac{\text{Número de conductas que realiza el menor}}{\text{Total de conductas descritas para el grupo}} \times 100$ <p>Conductas por grupo:</p> <p>GI: 12; GII: 14; GIII: 14; GIV: 14</p> <p>En caso de que el menor no realice el 60% de los indicadores enunciados para cada grupo, se deberán evaluar los del grupo anterior y hacer el mismo proceso.</p> <p>Nota: El porcentaje obtenido por primera vez deberá quedar registrado, ya que es el criterio para evaluar indicadores de un grupo que no le corresponde por edad cronológica, sino por desarrollo.</p>
38	Grupo asignado	La asignación, se realizará considerando que el menor con discapacidad moderada realice al menos el 60% de los indicadores descritos para cada grupo. Anotar el número romano correspondiente al grupo.
39	Terapeuta Responsable	Nombre y firma del Terapeuta responsable de aplicar la valoración.
40	Entrevistado	Nombre y firma del asegurado(a) usuario(a).
41	Coordinadora del área de discapacidad	Nombre y firma de la Coordinadora del área de discapacidad de la guardería.
42	Directora	Nombre y firma de la Directora de la guardería.



**ANEXO 5**

**“Constancia de plática de nuevo ingreso a guardería integradora”**

*[Handwritten signature]*



## Constancia de plática de nuevo ingreso a guardería integradora

	①		
	APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE(S)
MENOR	FECHA DE NACIMIENTO	②	EDAD
	CURP:	④	FECHA:
	③	⑤	
ASEGURADO	⑥		
	APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE(S)
	CURP:	⑦	NO. DE SEGURIDAD SOCIAL
		⑧	

**Por medio del presente se hace constar que recibí plática de nuevo ingreso en la que se abordaron los siguientes temas:**

- Reglamento para la Prestación de los Servicios de Guardería o en el "Reglamento de Guarderías para Hijos de Trabajadores del IMSS.
- Obligaciones del asegurado usuario que inscribe a un menor con discapacidad moderada a guardería integradora.
- Condiciones en las que debe entregar al menor con discapacidad moderada en la guardería, limpio, peinados, sin alhajas, sin pijama, en caso de requerirlo con sus aditamentos. Se recomienda el uso de calcetines y zapatos que faciliten la puesta.
- Información acerca de las sanciones por incumplimiento del Reglamento para la prestación de los servicios de guardería.
- Presentación del personal autorizado para proporcionar información cotidiana sobre el menor con discapacidad moderada.
- Acciones para realizar entrevista con la Directora o con el Responsable del Servicio del que requieran orientación acerca de los aspectos concernientes al menor con discapacidad moderada.
- Solicitud de "Constancia de trabajo" en original en los meses de enero y julio. En caso del(la) trabajador(a) IMSS, copia del último tarjetón de pago en los meses en enero y julio.
- Presentación de quejas y sugerencias a través de las encuestas de opinión o mediante el uso del buzón ubicado en el vestíbulo, correo electrónico o bien a través de las autoridades del Instituto.
- Aplicación periódica de la encuesta de satisfacción del usuario por personal del Departamento Delegacional de Guarderías, para evaluar la satisfacción del(a) asegurado(a) usuario(a) respecto del Servicio.
- Mecanismo de Participación Social.
- Registro de asistencia a través del dispositivo biométrico de la lectura de huella dactilar.
- Impacto de las faltas injustificadas y justificadas de los menores con discapacidad moderada.
- Grupos de atención de los menores con discapacidad moderada de acuerdo con el nivel de desarrollo.



- Proceso de adaptación del menor con discapacidad moderada, ingreso, cambios de grupo e integraciones parciales.
- Desarrollo de actividades asistenciales, pedagógicas y de apoyo terapéutico.
- Factibilidad de presenciar el desarrollo del quehacer educativo del menor con discapacidad moderada en la guardería, previa cita con la Directora o Responsable del servicio de pedagogía.
- Participación de los padres de familia en apoyo para la continuidad en el hogar del aprendizaje y rehabilitación de los menores.
- Entrega de la "Relación de ropa y accesorios", y Ropa para casos de emergencia.
- Regímenes de alimentación que se otorgan a los menores en la guardería y horarios de ministración de alimentos. Hábitos de alimentación, algunas recomendaciones para continuar con el régimen alimentario en el hogar.
- Fórmulas especiales, lactancia materna directa e indirecta, proceso de ablactación o alimentación complementaria.
- Alimentación especial indicada por el médico tratante.
- Control de peso y talla y acciones a realizar con menores que presentan alteración.
- Importancia de reportar alteraciones de salud de los menores en el hogar.
- Control de inmunizaciones.
- Acciones que se realizan en caso de presentarse enfermedades transmisibles.
- Detección de signos y síntomas de enfermedad durante la recepción y estancia del menor en la guardería.
- Atención en caso de urgencia.
- Ministración de medicamentos en la guardería y requisitos para aceptar las recetas médicas.
- Solicitud de valoraciones médicas en la clínica de adscripción, en la clínica de apoyo u hospital de segundo o tercer nivel.
- Seguimiento médico-terapéutico del menor con discapacidad moderada, a fin de que acuda semestralmente con su médico familiar.
- Promoción del programa PREVENIMSS.
- Información sobre los Programas Institucionales que se llevan en la guardería.
- Valoraciones del desarrollo del menor.

9

FECHA DE ELABORACIÓN

10

FIRMA DEL ASEGURADO

11

<b>COMENTARIOS Y SUGERENCIAS</b>



## INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Nombre del menor	Apellido paterno, materno y nombre(s) del menor a inscribir en la guardería, completo y sin abreviaturas.
2	Fecha del nacimiento	Día, mes y año de nacimiento del menor.
3	Edad	Día, mes y año de nacimiento del asegurado.
4	C.U.R.P	Clave Única de Registro de Población del menor.
5	Fecha	Fecha en que se realizó la plática de nuevo ingreso. (Deberá de ser previa o igual a la fecha en que se inscribió el menor).
6	Nombre del asegurado	Nombre completo de la(el) asegurada(o) empezando por apellido paterno seguido del materno y nombre (s).
7	C.UR.P.	Clave Única de Registro de Población del asegurado.
8	No. de seguridad social	Número de seguridad social del asegurado.
9	Fecha de Elaboración	Fecha en que se realizó la plática de nuevo ingreso
10	Firma del asegurado	La firma del asegurado o poner su huella digital.
11	Comentarios y sugerencias	En caso de tener comentarios, datos relevantes del menor o sugerencias anotarlos en la sección misma.



## ANEXO 6

**“Obligaciones del asegurado usuario que inscribe a un menor con discapacidad moderada a guardería integradora”**



## Obligaciones del asegurado usuario que inscribe a un menor con discapacidad moderada a guardería integradora

1. El asegurado usuario comprenderá que la guardería integradora presta un servicio para niños con discapacidad moderada, que incluye: atención asistencial (aseo, alimentación, fomento de la salud y recreación), atención educativa y actividades para el apoyo terapéutico. La guardería NO funciona como unidad médica.
2. Se deslindará de toda responsabilidad a la guardería integradora y al IMSS, respecto a los trastornos derivados de la propia discapacidad del niño, que pudieran presentarse durante su desarrollo y estancia en la guardería.
3. Todos los niños de nuevo ingreso deberán pasar por un periodo de adaptación, descrito en la normatividad que regula el área de discapacidad de guardería integradora vigente.
4. El asegurado usuario o persona autorizada informará diariamente al personal de la guardería, el estado de salud que presentó el menor durante las últimas doce horas, la omisión al proporcionar dicha información, deslinda de responsabilidades a la guardería.
5. El asegurado usuario o persona autorizada, así como el personal de la guardería se conducirán en todo momento con respeto y cortesía, a fin de mantener y estrechar mutua relación en beneficio de los niños que asisten a la guardería.
6. El asegurado usuario deberán informar a la Coordinadora del área de discapacidad y al equipo de Terapeutas sobre todo lo relacionado con el seguimiento médico y de rehabilitación del menor, las consultas, reportes, estudios, indicaciones, restricciones, etcétera que brinde el médico o el terapeuta tratante; proporcionando una copia de la documentación que se les haya entregado.
7. El asegurado usuario seguirá las indicaciones de tipo médico-terapéutico que la Coordinadora del área de discapacidad, Terapeutas y el Médico especialista en medicina física y rehabilitación de la guardería consideren necesarios; es decir, llevar a cabo los exámenes médicos, estudios de diagnóstico, acudir con el niño a terapia, entre otros, en la forma y en los plazos que se establezcan. Dichos exámenes se realizarán en las unidades médicas correspondientes.
8. El asegurado usuario llevarán a su hijo a la terapia que requiera de acuerdo a sus necesidades, fuera de la guardería, así como informará a la Coordinadora del área de discapacidad y Terapeutas sobre los programas que en ella se trabajen, las recomendaciones e indicaciones del terapeuta tratante. Además deberá apoyar en el tratamiento de rehabilitación en casa, independientemente de las actividades para el apoyo terapéutico que se le proporcione en la guardería.
9. El asegurado usuario y, de ser posible familiares, hermanos mayores y personas cercanas, deberán participar activamente en el programa educativo-asistencial y actividades para el apoyo terapéutico de la guardería, manteniendo comunicación con la Coordinadora del área y el equipo de Terapeutas de la siguiente manera:

DPES/CG/009/Y003



- Estar permanentemente informados sobre las actividades y temas que se trabajan con el niño.
  - Solicitar los resultados de la Evaluación del desarrollo aplicada a su hijo de manera cuatrimestral.
  - Solicitar información sobre el desenvolvimiento del niño durante su estancia en la guardería.
  - Informar sobre los avances en el desarrollo observados, la conducta y el trato del menor en casa.
  - Consultar, al recoger al menor de la guardería, el "Reporte diario para el asegurado usuario en el área de discapacidad".
- 10.** El asegurado usuario tendrá el compromiso de dar continuidad en casa a las actividades de autoayuda que se realizan en la guardería como son: traslado, vestido y desvestido, adquisición de hábitos de higiene y alimentación, de acuerdo a la etapa de desarrollo del menor. Lo anterior, con la finalidad de favorecer la autonomía del niño.
- 11.** El asegurado usuario del niño que se encuentre bajo tratamiento médico deberá proporcionar el medicamento diariamente a la guardería junto con la receta médica que lo avale. En caso de que se requiera la ministración de medicamentos controlados y estos no los presenten, el niño no podrá ser recibido en la guardería, hasta que dicho medicamento se proporcione al personal de Fomento de la salud.
- 12.** El asegurado usuario deberá presentar diariamente a su hijo limpio, peinado, con las uñas recortadas y sin alhajas.
- 13.** La ropa de los menores deberá estar completa, limpia y marcada con su nombre y apellidos, presentarla dentro de una maleta o pañalera que esté en buenas condiciones y debidamente marcada con el nombre del niño.
- 14.** El asegurado usuario del niño que requiera el uso de aditamentos especiales deberá:
- Colocar dichos aditamentos al niño antes de llegar a la guardería. En caso de no cumplir con esta disposición, deberá informarlo al personal de la guardería.
  - Mantener los aditamentos limpios y en buen estado para su utilización.
  - Estar pendiente cuando los aditamentos requieran ser ajustados o modificados de acuerdo al crecimiento y a las necesidades del menor. Para tal fin deberá acudir al especialista que los haya adaptado.
  - Informar a la Coordinadora del área y al equipo de terapeutas sobre cualquier cambio, adaptación, horario e indicaciones del médico tratante sobre el uso de los aditamentos.
  - Revisar al recoger al niño que éste tenga los aditamentos que utilice, mismos que deberán estar en buen estado.

DPES/CG/009/Y003



15. El asegurado usuario o persona autorizada, deberá presentarse de manera puntual a la guardería, en los horarios de entrada y salida de los niños, respetando los tiempos de alimentación.
16. Es obligación del asegurado usuario acudir puntualmente a las juntas y entrevistas que la guardería organiza. Deberá asistir y participar junto con los demás asegurados usuarios a las actividades de vinculación que se llevan a cabo de manera mensual, en beneficio de los asegurados, sus hijos y la guardería.
17. El asegurado usuario deberá presentarse oportunamente en la guardería cuando su presencia sea requerida, tanto por motivos de salud del niño como para la realización de trámites administrativos.
18. Si el médico de la Unidad de Medicina Familiar dictamina que el menor no es apto para guardería, se determinará la baja temporal o definitiva.
19. El derecho a los servicios de la guardería integradora queda sujeto a que el asegurado usuario, cumplan con las disposiciones del presente reglamento.

1 \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ 2  
*Nombre completo de la madre o tutora* *Nombre completo del padre o tutor*  
 padres de 3 \_\_\_\_\_ nos  
 comprometemos  
*Nombre completo del menor con discapacidad moderada*  
 a cumplir con lo que en este escrito se ha establecido.

4  
 \_\_\_\_\_  
 Firma de la madre

5  
 \_\_\_\_\_  
 Firma del padre

6  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre y firma de la Directora de la Guardería

DPES/CG/009/Y003



## ANEXO 6

### “Obligaciones del asegurado usuario que inscribe a un menor con discapacidad moderada a guardería”

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Nombre completo de la madre o tutora	Nombre completo de la madre o tutora que se compromete con este documento
2	Nombre completo del padre o tutor	Nombre completo del padre o tutor que se compromete con este documento
3	Nombre completo del menor con discapacidad moderada	Nombre completo del menor que se inscribe en la guardería
4	Firma de la madre	Firma correspondiente de la madre del menor
5	Firma del padre	Firma correspondiente del padre del menor
6	Nombre y firma Directora de guardería	Nombre completo y firma de la Directora de la guardería



**ANEXO 7**  
**“Carta de autorización”**



Lugar y fecha \_\_\_\_\_

1

### Carta de autorización

Estimado asegurado usuario:

Como es de su conocimiento esta guardería pertenece a un modelo de atención del IMSS, para niños con discapacidad moderada, por lo que en diversas ocasiones se requiere tomar fotografías y videos de las diferentes actividades que realizan los menores y el personal.

Las fotografías y los videos tienen los siguientes objetivos:

- Observar en los niños los logros obtenidos en la adquisición de destrezas y habilidades.
- Constatar visualmente los avances en el desarrollo de los menores.
- Conservar una muestra de las actividades educativo-asistenciales, sociales y para el apoyo terapéutico que se efectúan en la guardería.

Por lo anterior, solicito a ustedes que de no tener inconveniente alguno, nos brinden su autorización para que las fotografías y videos que se tomen en la guardería a su hijo \_\_\_\_\_ se puedan emplear para los objetivos mencionados.

2

Atentamente

3

Nombre y Firma de la Directora

4

Nombre y Firma de autorización  
del asegurado usuario

DPES/CG/009/004



**ANEXO 7**  
**"Carta de autorización"**  
**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>No</b>	<b>DATO</b>	<b>ANOTAR</b>
1	Lugar y fecha	Fecha en que se requisita el documento
2	Hijo	Nombre completo del menor que se inscribe en la guardería
3	Nombre y firma Directora	Nombre completo y firma de la Directora de la guardería
4	Nombre y firma de autorización del asegurado usuario	Nombre completo y firma del padre o tutor de autorización



## ANEXO 8

### “Relación de ropa y accesorios para niños con discapacidad moderada”



**Relación de ropa y accesorios  
para niños con discapacidad moderada  
Grupo I y II**

ARTÍCULO	CANTIDAD
Pañalera	1
Bolsa de plástico	3
Pañal desechable o pañal de tela	6
Fajero en caso de uso de pañal de tela	6
Calzón de hule en caso de uso de pañal de tela	3
Pasta de lavar	1
Paquete con Toallas húmedas sin alcohol	1
Babero de tela con base de hule	5
Cepillo suave o peine para el cabello	1
Cepillo dental con cerdas suaves *	1
Cambios de ropa de acuerdo al sexo	
<b>Niño:</b>	
Pantalón o short	4
Playera o camisa	4
<b>Niña:</b>	
Vestido o falda o pantalón	4
Playera o blusa	4
Camiseta	4
Par de zapatos (a partir de 10 meses de edad) **	1
Par de calcetines (preferentemente antiderrapantes)	3
Suéter o chamarra (según el clima)	1
Cobija o sábana (según el clima)	1

\* De acuerdo a las indicaciones del médico o terapeuta tratante

\*\* Estos podrán ser sustituidos por huaraches de acuerdo al clima de la localidad. En ambos casos deberán ser de fácil colocación para los menores, excepto aquellos que por prescripción médica requieran otro tipo de zapatos.

**NOTA 1:** Diariamente se deberá presentar al niño limpio, con las uñas recortadas y con la ropa y accesorios descritos limpios y marcados con el nombre del niño.

**NOTA 2:** Se podrán añadir artículos a la relación de ropa y accesorios según las necesidades de cada niño y de acuerdo a las indicaciones médicas.

DPES/CG/011/Y002



**Relación de ropa y accesorios para niños con discapacidad moderada  
Grupo III  
Para menores que se encuentran durante y previo al entrenamiento de control de esfínteres**

ARTÍCULO	CANTIDAD REQUERIDA PREVIO AL ENTRENAMIENTO	REQUERIMIENTOS DURANTE EL ENTRENAMIENTO DEL CONTROL DE ESFÍNTERES Y HASTA QUE LO REQUIERA
Pañalera	1	1
Bolsa de plástico	3	4
Pañal desechable o pañal de tela	6	1 (para la salida del menor de la guardería)
Fajero en caso de uso de pañal de tela	6	1
Calzón de hule en caso de uso de pañal de tela	3	1
Pasta de lassar	1	1
Paquete con Toallas húmedas sin alcohol	1	1
Babero de tela con base de hule	3	3
Cepillo suave o peine para el cabello	1	1
Cepillo dental *	1	1
Pasta dental (preferentemente infantil)	1	1
Cambios de ropa de acuerdo al sexo		
<b>Niño:</b>		
Pantalón o short	3	4 a 6
Playera o camisa	3	4 a 6
<b>Niña:</b>		
Vestido o falda o pantalón	3	4 a 6
Playera o blusa	3	4 a 6
Camiseta	3	4 a 6
Trusa o pantaleta		4 a 6
Par de zapatos **	1	1
Par de calcetines (preferentemente antiderrapantes)	3	6
Suéter o chamarra (según el clima)	1	1
Cobija o sábana (según el clima)	1	2
Par de huaraches de plástico cómodos		1

\* Cambiar cada tres meses o cuando se encuentre deteriorado.

\*\* Estos podrán ser sustituidos por huaraches de acuerdo al clima de la localidad. En ambos casos deberán ser de fácil colocación para los menores, excepto aquellos que por prescripción médica requieran otro tipo de zapatos.

**NOTA 1:** Diariamente se deberá presentar al niño limpio, con las uñas recortadas y con la ropa y accesorios descritos limpios y marcados con el nombre del niño.

**NOTA 2:** Se podrán añadir artículos a la relación de ropa y accesorios según las necesidades de cada niño y de acuerdo a las indicaciones médicas.

DPES/CG/011/Y002



**Relación de ropa y accesorios para niños con discapacidad moderada  
Grupo III y IV  
Para menores que ya controlan esfínteres**

ARTÍCULO	CANTIDAD
Pañalera	1
Bolsa de plástico	1
Pañal desechable	1 (para la salida del menor de la guardería)
Pasta de lassar	1
Paquete con Toallas húmedas sin alcohol	1
Babero de tela con base de hule (hasta que el niño lo requiera)	3
Cepillo suave o peine para el cabello	1
Cepillo dental *	1
Pasta dental (preferentemente infantil)	1
Cambios de ropa de acuerdo al sexo	
<b>Niño:</b>	
Pantalón o short	2
Playera o camisa	2
<b>Niña:</b>	
Vestido o falda o pantalón	2
Playera o blusa	2
Camiseta	2
Trusa o pantaleta	2
Par de calcetines (preferentemente antiderrapantes)	2
Par de zapatos **	1
Suéter o chamarra (según el clima)	1
Cobija (según el clima)	1

\* Cambiar cada tres meses o cuando se encuentre deteriorado.

\*\* Estos podrán ser sustituidos por huaraches de acuerdo al clima de la localidad. En ambos casos deberán ser de fácil colocación para los menores, excepto aquellos que por prescripción médica requieran otro tipo de zapatos.

**NOTA 1:** Diariamente se deberá presentar al niño limpio, con las uñas recortadas y con la ropa y accesorios descritos limpios y marcados con el nombre del niño.

**NOTA 2:** Se podrán añadir artículos a la relación de ropa y accesorios según las necesidades de cada niño y de acuerdo a las indicaciones médicas.

DPES/CG/011/Y002



## ANEXO 9

“Relación de niños inscritos en el área de discapacidad”





**Relación de niños inscritos en el área de discapacidad**

Delegación : 1  
 Localidad : 2  
 Guardería : 3  
 Período : 4

Grupo 5	NSS 6	Nombre del Menor 7	Nombre del Beneficiario 8	Nombre del Beneficiario en SINDO 9	Baja 10	Último día de servicio 11	Estatus NSS 12

DPES/CB/Y034



## ANEXO 9

### “Relación de niños inscritos en el área de discapacidad”

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	DATO	ANOTAR
1	Delegación	Nombre y número de la delegación.
2	Localidad	Localidad en la que se encuentra la guardería.
3	Guardería	Nombre y número de la guardería.
4	Periodo	Corresponde al primer o segundo periodo del mes en que se verificó la vigencia del usuario primero.
5	Grupo	Nombre del grupo en que el menor se encuentra inscrito.
6	NSS	Número de seguridad social del asegurado (a).
7	Nombre del menor	Nombre completo del menor empezando por apellido paterno seguido del materno y nombre (s).
8	Nombre del Beneficiario	Nombre completo de la (el) asegurada(o) empezando por apellido paterno seguido del materno y nombre (s) registrado en la guardería
9	Nombre del Beneficiario en SINDO*	Nombre del asegurado con el cual aparece en el Sistema Integral de Derechos y Obligaciones (SINDO).
10	Baja *	Estatus en el que se encuentra el asegurado en el SINDO (Vigente, en periodo de conservación o sin derecho).
11	Último día de servicio*	Fecha en la que se realizó la baja del asegurado en el SINDO.
12	Estatus NSS*	Día en el cual se dejará de dar servicio al asegurado.

\*Gestionado por el Departamento de Guarderías

