

CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

AV. HIDALGO No. 811 ZONA CENTRO
MATEHUALA, S.L.P.

FOLIO



NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE

EDAD

SEXO

UNIDAD DE REHABILITACIÓN

HOJA FRONTAL

FECHA

DIAGNÓSTICOS NOSOLÓGICOS DE INVALIDEZ

NOMBRE Y NÚMERO DE CREDENCIAL DEL
MÉDICO TRATANTE

CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

AV. HIDALGO No. 811 ZONA CENTRO
MATEHUALA, S.L.P.

FOLIO



NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE	
EDAD	SEXO
OCUPACIÓN	
ENVIADO POR	
DOMICILIO	
FECHA	

HOJA DE PREVALORACIÓN

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CANALIZACIÓN

SE SUGIERE VALORACIÓN POR

MEDICINA DE REHABILITACIÓN	
COMUNICACIÓN HUMANA	
ORTOPEDIA	
PEDIATRÍA	
NEUROLOGÍA	
OFTALMOLOGÍA	
PSICOLOGÍA	
PEDAGOGÍA	
TRABAJO SOCIAL	
EVALUACIÓN DE APTITUDES Y DESARROLLO DE HABILIDADES PARA EL TRABAJO (EADHT)	
CANALIZACIÓN EXTERNA	

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

AV. HIDALGO No. 811 ZONA CENTRO

MATEHUALA, S.L.P.

FOLIO



MATEHUALA
"Unidos por la familia"
2021- 2024

NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE	
EDAD	SEXO

NOTAS _____

FECHA Y HORA	NOTAS



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL
SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.



HOJA DE ALTA

FOLIO

NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE

EDAD

SEXO

UNIDAD DE REHABILITACIÓN

FECHA DE INGRESO

DIAGNÓSTICO FINAL

SECUELAS

EXÁMENES DE LABORATORIO

ESTUDIOS DE GABINETE

MOTIVO DE ALTA

SERVICIOS OTORGADOS

ALTA PARA

FECHA DE ALTA

NOMBRE FIRMA Y No. DE CREDENCIAL

DÍA MES AÑO

**SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE UNIDADES OPERATIVAS EN LOS ESTADOS**

Matehuala, S.L.P., a _____ de _____ de 20____.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este conducto ***DOY MI CONSENTIMIENTO*** para recibir la valoración y el tratamiento médico necesario, toda vez que el médico responsable me explique lo relacionado con mi padecimiento, el tipo de tratamiento que recibiré, las secuelas y posibles riesgos que pudiera presentar como consecuencia de mi padecimiento y del tratamiento rehabilitatorio; así mismo autorizo al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del tratamiento.

ME COMPROMETO A RESPETAR las citas que me otorgue el *Centro de Rehabilitación Integral Matehuala*, presentarme con el carnet vigente, de manera puntual así como acudir a todos los servicios a donde me envíe. Así mismo, tengo el derecho de acudir con mi médico responsable en este centro para que aclare mis dudas, en el consultorio y horario correspondientes.

PACIENTE

Nombre: _____

Diagnóstico: _____

Edad: _____ Sexo: _____ No. Expediente: _____

Domicilio: _____

_____ Colonia _____ C.P. _____ Teléfono _____

TUTOR O RESPONSABLE

Nombre: _____

Edad: _____ Parentesco: _____

MÉDICO

Nombre: _____

_____ CARGO _____ CÉDULA PROFESIONAL _____

TESTIGO

Nombre: _____

Edad: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

_____ FIRMA PACIENTE _____ FIRMA MÉDICO _____ FIRMA TESTIGO _____



CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
AV. HIDALGO No. 811 ZONA CENTRO
MATEHUALA, S.L.P.



SOLICITUD DE INTERCONSULTAS

Nombre: _____ No. Exp.: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Servicio consultante: _____

MÁRQUESE CON UNA "X" EL SERVICIO QUE SE REQUIERE:

Valoración Psicológica

Valoración de Terapia de Lenguaje

Valoración por Rehabilitación

Detállese el objeto de la solicitud:

_____ FIRMA