"Unidos por la familia"
2021- 2024

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

DIF ESTATAL
Caminemos de la mano

SISP-02

REGISTRO DIARIO DE CONSULTA MÉDICA

Clave del Centro:	Nombre del Centro de Rehabilitación:	Fecha: (día/mes/año)
No. de Credencial:	Nombre del Médico: (Apellido paterno, materno y nombre -s-)	Firma:

No. de Folio	No. de Expediente	Grupo por edad y sexo								Tipo de Consulta		Diagnóstico (CIE)		Discapacidad		Temporalidad de la Discapacidad		Tipo de Discapacidad							Causa de Discapacidad						Motivo de la Alta							
		0 -11		12 - 17		18 - 59		60 años y más		1a. Vez	Subs.	Descripción	Clave	Si	No	Temporal (T)	Permanente (T)	Sensoriales y de la Comunicación				Motriz	Mental	Múltiples y Otras	Nacimiento	Enfermedad	Accidente	Violencia	Edad Avanzada	Otra causa	Por servicio				Definitiva			
		M	H	M	H	M	H	M	H									Ver	Oír	Hablar	Lenguaje										Mejoría	Deser.	Falleci.	Refe.	Mejoría	Deser.	Falleci.	Refe.
	TOTAL																																						

"Unidos por la familia"
2021- 2024

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

SISP-22	**SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS** **REGISTRO DIARIO DE ENFERMERÍA**		
Clave del Centro:	Nombre del Centro de Rehabilitación:	Fecha: (día/mes/año)	Fecha: (día/mes/año)
No. de Credencial:	Nombre de la Enfermera o Auxiliar de	Firma:	Firma:

No. de Expediente	Grupo por edad y sexo								Tipo de Consulta		ACCIONES			DATOS						Pláticas	
	0 -11		12 - 17		18 - 59		60 años y más		1a. Vez	Subse.	Somatometria	signos vitales	Otras intervenciones	Peso	Talla	Temp.	Pulso	Resp.	T/A	No. de Pláticas	Asistentes
	M	H	M	H	M	H	M	H													
TOTAL																					

"Unidos por la familia"
2021- 2024

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

DIF ESTATAL
Caminemos de la mano

CRI MATEHUALA

SISP-15

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS
REGISTRO DIARIO DE TERAPIA FÍSICA

Clave del Centro:	Nombre del Centro de Rehabilitación:	Fecha: (día/mes/año)
No. de Credencial:	Nombre Completo del Terapista Ocupacional: (Apellido paterno, materno y nombre -s-)	Firma:

No. de Folio	No. de Expediente	Grupo por edad y sexo								Tipo de Consulta		Modalidades								
		0 -11		12 - 17		18 - 59		60 años y más		1a. Vez	Subsec.	Hidroterapia	Medios físicos	Electroterapia	Mecanoterapia	Terapia Grupal	Programa de Casa	Orientación y Movilidad	Cámara de estimulación multisensorial	Programa de estimulación múltiple temprana
		M	H	M	H	M	H	M	H											
	TOTAL																			

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIF Nacional

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

SLP PROSPEREMOS JUNTOS
Gobierno del Estado 2015-2021

DIF ESTATAL CREE

SISP-16

REGISTRO DIARIO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Clave del Centro:	Nombre del Centro de Rehabilitación:	Fecha: (día/mes/año)
No. de Credencial:	Nombre Completo del Terapista Ocupacional: (Apellido paterno, materno y nombre -s-)	Firma:

No. de Folio	No. de Expediente	Grupo por edad y sexo								Tipo de Consulta		Modalidades									
		0 -11		12 -- 17		18--59		60 años y más		1a. Vez	Subs.	Valoración	Aplicación de medios fisicos		Entrenamiento de componentes de desempeño ocupacional	Actividades de la vida diaria	Elaboración de aditamentos	Terapia Grupal	Programa de casa	Camara de estimulación multisensorial	Programa de estimulación múltiple temprana
		M	H	M	H	M	H	M	H				Compresa	Parafina							
TOTAL																					

DIF MATEHUALA "Unidos por la familia" 2021- 2024

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

DIF ESTATAL Caminemos de la mano

CRI MATEHUALA

SISP-09

REGISTRO DIARIO DE CONSULTA EN PSICOLOGÍA

Clave del Centro:	Nombre del Centro de Rehabilitación:	Fecha: (día/mes/año)
No. de Credencial:	Nombre Completo del Terapista Ocupacional: (Apellido paterno, materno y nombre -s-)	Firma:

No. de Folio	No. de Expediente	Grupo por edad y sexo								Tipo de Consulta		ACCIONES								Motivo de la Alta			
		0 -11		12 - 17		18 - 59		60 años y más		1a. Vez	Subse.	Atención				Orientación			Psicoterapia	Por servicio			
		M	H	M	H	M	H	M	H			Entrevista	Aplicación de pruebas psicológicas	Calificación de pruebas	Informe Psicológico	Individual	Grupal	Familiar		Mejora	Deser.	Felleci.	Refe.
	TOTAL																						

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIF Nacional

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

SLP PROSPEREMOS JUNTOS Gobierno del Estado 2015-2021 | DIF ESTATAL CREE

SISP-17

REGISTRO DIARIO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Clave del Centro:

Nombre del Centro de Rehabilitación:

Fecha: (día/mes/año)

No. de Credencial:

Nombre completo del Terapista de Lenguaje: (Apellido paterno, materno y nombre -s-)

Firma:

No. de Folio	No. de Expediente	0 -11		12 - 17		18 - 59		60 años y más		Tipo de Consulta		Modalidades					
		M	H	M	H	M	H	M	H	1a. Vez	Subs.	Examen de Lenguaje	Problemas de Lenguaje	Problemas de voz	Problemas de audición	Programa de casa	Manejo de Cavidad Oral
	TOTAL																

MATEHUALA
"Unidos por la familia"
2021- 2024

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

DIF ESTATAL
Caminemos de la mano

CRI MATEHUALA

SISP-10

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS
REGISTRO DIARIO DE TRABAJO SOCIAL

Clave del Centro:	Nombre del Centro de Rehabilitación:	Fecha: (día/mes/año)
No. de Credencial:	Nombre Completo del Terapista Ocupacional: (Apellido paterno, materno y nombre -s-)	Firma:

No. de Expediente	Grupo por edad y sexo								Tipo de Consulta		Estudio Socio Económico	ACCIONES								Afiliación a servicios de salud
	0 -11		12 - 17		18 - 59		60 años y más		1a. Vez	Subse.		Visitas		Tratamiento Social					Referencia de casos	
														Seguimiento		Orientación				
	M	H	M	H	M	H	M	H				Domiciliarias	Institucionales	Actualización de datos	Nota de seguimiento	Individual	Grupal	Familiar		
TOTAL																				