CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
AV. HIDALGO No. 811 ZONA CENTRO
MATEHUALA, S.L.P.
Tel. 488 125 31 07

MATEHUALA

DIF Matehuala
2024 - 2027
Juntos fortalecemos Familias

FOLIO

TRABAJO SOCIAL / ESTUDIO PRELIMINAR

FECHA DE ESTUDIO: _____ CLASIFICACIÓN _____

NOMBRE: _____ No. EXPEDIENTE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ EDO. CIVIL: _____

ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____ TEL.: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ DOMICILIO: _____

SERVICIO: _____

MOTIVO DE ESTUDIO: _____

_____

_____

ESTRUCTURA FAMILIAR

MIEMBROS DE LA FAMILIA (NOMBRE)	PARENTESCO	EDAD	EDO. CIVIL	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

DATOS ECONÓMICOS

INGRESOS

PADRE: _____
MADRE: _____
OTROS: _____

EGRESOS

RENTA O PAGO DE CASA _____
ALIMENTACIÓN _____
AGUA, LUZ, TEL. _____
EDUCACIÓN _____
PASAJES _____
OTROS _____

TOTAL DE INGRESOS _____ TOTAL DE EGRESOS _____

NOMBRE, FIRMA Y No. DE CREDENCIAL _____

SALUD | SNDIF

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

DIF ESTATAL

SISP-02

Clave del Centro:

Nombre del Centro de Rehabilitación:

Fecha: (día/mes/año)

No. de Credencial:

Nombre Completo 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 la Discapacidad						Motivo de la Alta							
		0-5		6-14		15-17		18-29		30-69		60-84		85 años y más		1a. Vez	Subs.	Descripción	Clave	Sí	No	Temporal (T)	Permanente (P)	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	M	H	M	H	M	H									Ver	Oír	Hablar	Lenguaje										Mejoría	Deser.	Falleci.	Alta	Mejoría	Deser.	Falleci.	Alta
	TOTAL																																											

SALUD | SNDIF

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

DIF ESTATAL Comisionemos de la mano

SISP-09

REGISTRO DIARIO DE PSICOLOGIA

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

No. de Folio	No. de Expediente	Grupo por edad y sexo														Tipo de Consulta		ACCIONES							Psicoterapia	Motivo de la Alta			
																		Atención				Orientación				Por Servicio			
		0-5		6-14		15-17		18-29		30-59		60-84		85 años y más		1a. Vez	Subs.	Entrevista	Aplicación de pruebas Psicológicas	Calificación de pruebas	Informe Psicológico	Individual	Grupal	Familiar		Mejoría	Deser.	Feller.	Refe.
		M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H														
	TOTAL																												

SALUD | SNDIF

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

DIF ESTATAL Caminemos de la mano

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		ACCIONES										Afiliación a servicios de salud
	0-5		6 – 14		15–17		18–29		30–59		60–84		85 años y más		1a. Vez	Subs.	Estudio Socio económico	Visitas		Tratamiento Social					Referencia de casos	
																		Domiciliarias	Institucionales	Seguimiento		Orientación				
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H						Actualización de datos	Nota de Seguimiento	Individual	Grupal	Familiar		
TOTAL																										

SALUD | SNDIF

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

DIF ESTATAL

SISP-15

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS
REGISTRO DIARIO DE TERAPIA DE TERAPIA FÍSICA

Clave del Centro:	Nombre del Centro de Rehabilitación:	Fecha: (dd/mm/aaaa)
No. de Credencial:	Nombre Completo del Terapista Físico: (Apellido paterno, materno y nombre -s-)	Firma:

No. de Folio	No. de Expediente	0-5		6 - 14		15-17		18-29		30-59		60-84		85 años y más		Tipo de Consulta		Modalidades								
		M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	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
	TOTAL																									

SALUD | SNDIF

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

DIF ESTATAL Continuemos de la mano

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									
		0-5		6 – 14		15–17		18–29		30–59		60–84		85 años y más		1a. Vez	Subs.	Valoración	Aplicación de medios físicos		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	M	H	M	H	M	H				Compresa	Parafina							
TOTAL																											

SALUD | SNDIF

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

DIF ESTATAL

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 -5		6 – 14		15–17		18–29		30–59		60–84		85 años y más		Tipo de Consulta		Modalidades					
		M	H	M	H	M	H	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																						