

**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL  
ESTADO DE SAN LUIS POTOSI  
DIRECCION DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL**

**ESTUDIO SOCIOECONOMICO PARA UBR**

**1. DATOS GENERALES DEL USUARIO**

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____			
Fecha De Nacimiento: _____		<b>Lugar y Origen de nacimiento:</b> _____	
Día/Mes/Año			
Estado civil _____		Escolaridad: _____	
Ultimo grado cursado			
<b>Tipo de Discapacidad:</b> _____			
<b>(Dato relevante)</b>			
Domicilio: _____			
Calle	No.	Colonia	
C.P. _____			
Delegación	Unidad	Territorial	
Calles colindantes con el domicilio: _____			
Teléfono de casa o celular _____		<b>Medios de transporte para llegar al domicilio:</b> _____	
_____			

**3.- INGRESOS Y EGRESOS DE LA FAMILIA**

**INGRESO mensual (registrar quién, cuánto aporta y suma total.).**

---



---



---



---

**EGRESOS mensuales**

Tipo de gastos	Importe \$	Tipo de gastos	Importe \$
Alimentación		Transporte	
Gas O Combustible		Educación	
Renta		Gastos médicos	
Agua		Recreación	
Predial		Abonos o créditos	
Electricidad (Luz)		Ropa y calzado	
Teléfono		Fondos de ahorro, tandas ,prestamos	
Teléfono celular		Crédito para construcción de vivienda	
<b>Total de Egresos</b>	<b>\$</b>	<b>Superávit</b>	<b>\$</b>
		<b>Déficit</b>	<b>\$</b>

#### 4. VIVIENDA

##### Tenencia de la vivienda

Propia ( ) Rentada ( ) Prestada ( ) Invasada ( )

##### Tipo de vivienda

Casa sola ( ) Departamento ( ) Vecindad ( ) Campamento ( ) Albergue ( ) Accesorio ( ) Número de dormitorios: \_\_\_\_\_ Índice de hacinamiento: \_\_\_\_\_ Sala ( ) Comedor ( ) Cocina ( ) Baño privado ( ) Baño colectivo ( ).

**Materia predominante en la construcción de la vivienda Paredes:** Tabique ( ) Madera ( ) Cartón ( ) Otros materiales ( ) Especificar: \_\_\_\_\_ **Techos:** Concreto ( ) Lámina de asbesto ( ) Lámina de cartón ( ) Lámina metálica ( ) **Pisos:** Mosaicos ( ) Loseta ( ) Cemento ( ) Tierra apisonada ( ) Madera ( ) Otro material: (especificar) \_\_\_\_\_

##### Mobiliario:

Televisión ( ) Estéreo ( ) Video ( ) DVD ( ) Estufa ( ) Horno de microondas ( ) Lavadora ( ) Centro de lavado ( ) Refrigerador ( ) Computadora ( )

#### 5. SALUD

##### Servicios médicos con los que cuenta la familia:

IMSS ( ) ISSSTE ( ) Centro de salud ( ) Dispensario ( ) Médico Privado ( ) Otros ( ) (Especifique) \_\_\_\_\_

Frecuencia con la que asiste el usuario al médico:

Una vez por semana ( ) Mensualmente ( ) Anualmente ( ) Cuando se enferma ( )

##### Enfermedades frecuentes en la Familia:

<b>Respiratorias</b>	( )	¿Cuál(es)? _____	¿Quién la padece? _____
<b>Gastrointestinales</b>	( )	¿Cuál(es)? _____	¿Quién la padece? _____
<b>Dermatológicas</b>	( )	¿Cuál(es)? _____	¿Quién la padece? _____
<b>Neurológicas</b>	( )	¿Cuál(es)? _____	¿Quién la padece? _____
<b>Cáncer</b>	( )	¿De qué tipo? _____	¿Quién la padece? _____
<b>Hipertensión</b>	( )	¿Cuál(es)? _____	¿Quién la padece? _____
<b>Obesidad</b>	( )	¿Cuál(es)? _____	¿Quién la padece? _____
<b>Diabetes mellitus</b>	( )	¿De qué tipo? _____	¿Quién la padece? _____

#### 6.- ALIMENTACION

Tipo de alimento	Frecuencia con que lo consume				
	Diario	Cada tercer día	Una vez a la semana	Una vez al mes	Ocasionalmente
Carne de res					
Carne de pollo					
Carne de cerdo					
Carne de pescado					
Leche					
Cereales					
Huevo					
Frutas					
Verduras					
Leguminosas: Frijol, haba, lentejas, alubias, alverjón, etc.					

## 7.- RECREACION Y USO DEL TIEMPO LIBRE FAMILIAR

### Actividades familiares el fin de semana:

Practicar deporte ( ) Ir al cine ( ) Visitar familiares ( ) Realizar quehaceres del hogar ( ) Actividades al aire libre ( ) Otro especificar: \_\_\_\_\_

### Actividades del usuario:

Estudia (en caso afirmativo, qué estudia) \_\_\_\_\_ Realiza deporte ( ) Ve televisión ( )  
Hace sus tareas ( ) Realiza los quehaceres del hogar ( ) Video juegos ( ) Juega con amigos ( ) Juega con hermano o familiares ( ) Trabaja ( ) Otros (especificar) \_\_\_\_\_

A) Organización y funcionamiento

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

B) Comunicación

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C) Roles

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

D) Autoridad

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E) Límites

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

F) Expresión de afectos

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

G) Ciclo Vital (1. Constitución de la pareja • 2. Nacimiento y crianza • 3. Hijos en edad escolar • 4. Adolescencia • 5. Casamiento y salida de los hijos del hogar (nido vacío) • 6. Pareja en edad madura • 7. Ancianidad, 8. Muerte)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9.- FAMILIOGRÁMA**

**10.- Diagnóstico Social**

---

---

---

**11.- Plan social y/o tratamiento a seguir**

---

---

---

**12.- observaciones generales del Trabajador Social**

---

---

---

**Fecha De Aplicación:** \_\_\_\_\_

**Trabajadora Social:** \_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

**\*Nota:** para establecer las cuotas de recuperación deberá apegarse al tabulador establecido en el manual de procedimientos y a los diferentes criterios de ponderación.

## CRITERIOS DE PONDERACIÓN EN APLICACIÓN DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN:

### Trabajador Social:

- Fijará las cuotas de recuperación que se cobrarán al paciente o familiar, de acuerdo al nivel correspondiente, tomando como criterios generales las políticas del presente documento y con base en estudio socioeconómico realizado al paciente.
- Para fijar la cuota de recuperación, deberá considerar lo siguiente:

<b>Criterios a considerar para fijar la cuota de recuperación.</b>			
<b>Criterio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Nivel de categoría</b>
Económico	<p><b>Ingresos familiares:</b> se refiere al total de dinero que perciben los miembros de la familia y que aportan para su manutención.</p> <p><b>Egresos familiares:</b> son aquellos gastos que se destinan a la satisfacción de necesidades básicas (alimentos, vestido). Pago de servicios (agua, energía eléctrica) y otro tipo de egresos (créditos, colegiatura)</p> <p>Gastos relacionados con la persona con discapacidad (transporte, medicamento, pañales, etc).</p> <p>La interacción de los ingresos y egresos familiares permiten definir la situación socioeconómica del grupo familiar.</p>	Jornal \$_____	Exento
		1 (UMA) \$80.6 Unidad de Medida y Actualización	
		De 2 a 3 UMA otra fuente de ingresos 25%	
		Si gana de 4 a 6 salarios (25%)	Nivel 1
		6 UMA en adelante (15%)	Nivel 2
Criterio socio demográfico.	<p>La ocupación de la persona que aporta la mayor cantidad de ingresos a la familia, el tipo de vivienda y el número de personas que habitan en ella y que además dependen económicamente de él: si el usuario y/o familia son derechohabientes a alguna institución de salud pública, el estado de salud de la familia y los gastos que esto implique. La frecuencia de asistencia a consulta, lugar de residencia y distancia a instituciones de atención.</p>	No cuenta con servicios de salud, número de integrantes mayores a 6 miembros que dependen del apartador, lugar de residencia. 25%	Exento
		Pertenece a IMSS, ISSSTE como beneficiario no. de integrantes: menores a 6, lugar cercano a la UBR. 15%	Nivel 1
		Es derecho habiente, integrantes menor a 6 integrantes, cuenta con vehículo propio. 20%	Nivel 2
Criterios técnico-clínico	<p>Situaciones extraordinarias como pérdida del empleo o la promoción del trabajador, separación de los padres o independencia de alguno de algún hijo que aportaba el gasto familiar, enfermedad, accidente o muerte de algún integrante del grupo familiar, situaciones que implican un gasto extra, embarazos, deudas adquiridas por la familia por la contratación de abogados o pagos de fianzas.</p>	Presenta una situación extraordinaria x...que implica un gasto extra. 25%	Exento
		Presenta una situación extraordinaria. Que implica un gasto extra. Pero cuenta con otras fuentes de ingreso 15%	Nivel 1
		Presenta situación extraordinaria sin que ello le represente problema. 15%	Nivel 2
Psicopatologías	Algunos usuarios llegan presentando una o varias psicopatologías o situaciones de salud graves que no les	Si es el jefe de familia el que tiene el padecimiento. (25%)	Exento

	permite laborar y obtener un sueldo.	Si el caso es un integrante de familia o acude a servicio profesionales particular. (20%)	Nivel 1
--	--------------------------------------	---	---------

**Tabulador zona centro de acuerdo a la puntuación obtenida en la ponderación**

Nivel	Porcentaje	Cuota
<b>Exento</b>	75 al 100	\$0.000
<b>Nivel 1</b>	75 al 50	\$15.00 a 20.00
<b>Nivel 2</b>	50 menos	\$ 5.00 a 10.00
<b>Nivel 3</b>	Extraordinaria (más de 10 UMA )	\$50.00

La **UMA** Unidad de Medida y Actualización es una referencia económica aprobada y usada desde el 27 enero de 2016.

La **UMA** fue introducida para sustituir el esquema Veces Salario Mínimo (VSM)

La **UMA**, establecido por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), y que entrará en vigor a partir del 1 de febrero de 2018, es de 80.6 pesos diarios

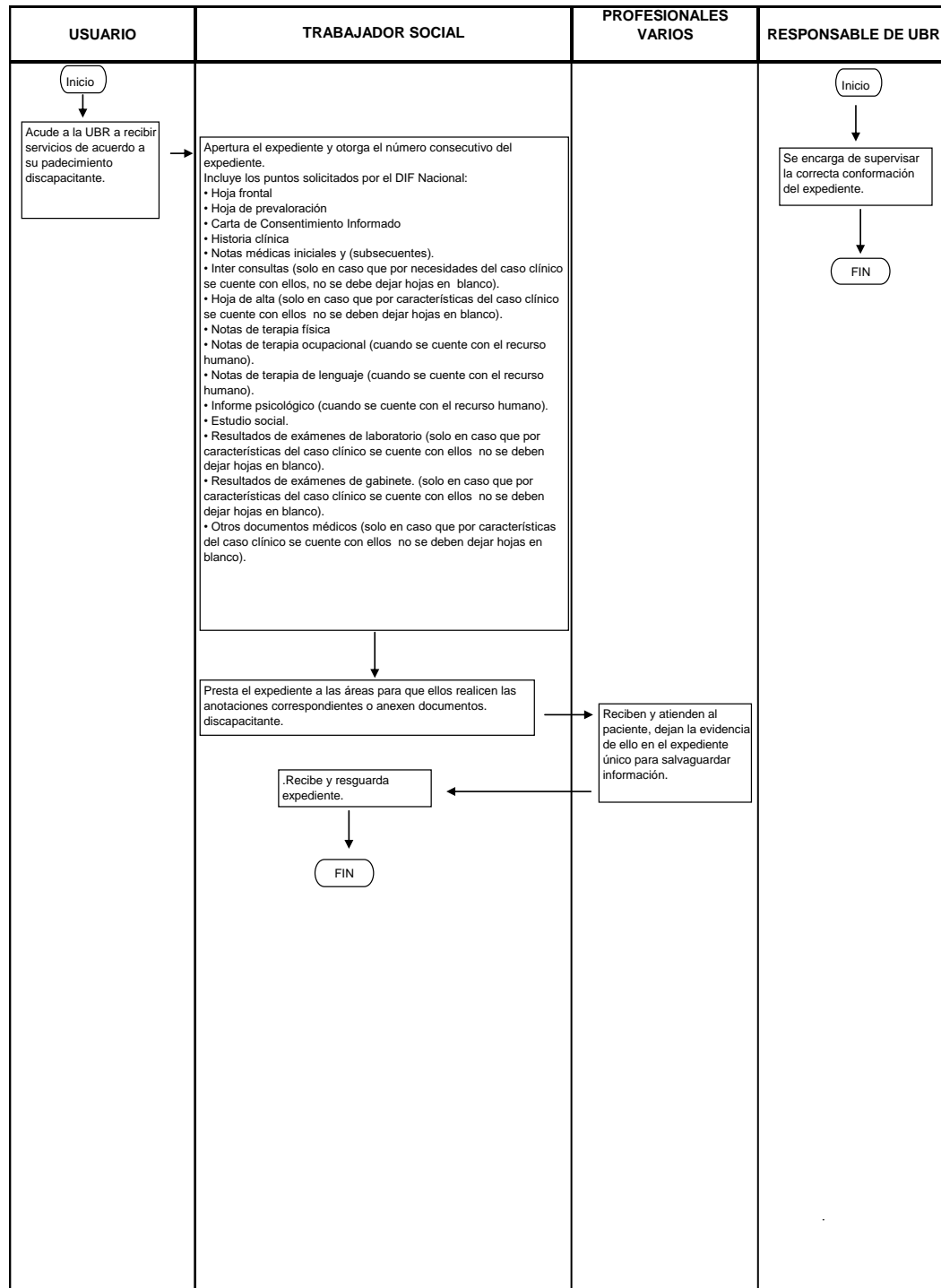
**Vo. Bo**

**Guillermo Sánchez Berrones  
Director de Integración Social de  
Personas con Discapacidad**

## DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO


<b>Dirección: de Integración Social de Personas con Discapacidad</b>		<b>Fecha de elaboración: 22 marzo 2016</b>	
<b>Coordinación General del CREE</b>			
<b>Jefe del Departamento de Valoración y Tratamiento</b>			
<b>Unidades Básicas de Rehabilitación</b>			
<b>Procedimiento: Elaboración de expediente clínico</b>			
Responsable	Operación Núm.	Descripción de la actividad	
Usuario	1	Acude a la UBR a recibir servicios de acuerdo a su padecimiento actual potencialmente discapacitante.	
Trabajadora Social	2	<p>Apertura el expediente y otorga el número consecutivo del expediente. Incluye los puntos solicitados por el DIF Nacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja frontal</li> <li>• Hoja de prevaloración</li> <li>• Carta de Consentimiento Informado</li> <li>• Historia clínica</li> <li>• Notas médicas iniciales y (subsecuentes).</li> <li>• Interconsultas (solo en caso que por necesidades del caso clínico se cuente con ellos, no se debe dejar hojas en blanco).</li> <li>• Hoja de alta (solo en caso que por características del caso clínico se cuente con ellos no se deben dejar hojas en blanco).</li> <li>• Notas de terapia física</li> <li>• Notas de terapia ocupacional (cuando se cuente con el recurso humano).</li> <li>• Notas de terapia de lenguaje (cuando se cuente con el recurso humano).</li> <li>• Informe psicológico (cuando se cuente con el recurso humano).</li> <li>• Estudio social.</li> <li>• Resultados de exámenes de laboratorio (solo en caso que por características del caso clínico se cuente con ellos, no se deben dejar hojas en blanco).</li> <li>• Resultados de exámenes de gabinete. (solo en caso que por características del caso clínico se cuente con ellos, no se deben dejar hojas en blanco).</li> <li>• Otros documentos médicos (solo en caso que por características del caso clínico se cuente con ellos no se deben dejar hojas en blanco).</li> </ul>	
Trabajo social	3	Presta el expediente a las áreas para que ellos realicen las anotaciones correspondientes o anexen documentos.	
Profesionales varios	4	Reciben y atienden al paciente, dejan la evidencia de ello en el expediente único para salvaguardar información.	
Trabajo social	5	Recibe y resguarda expediente.	
Responsable de UBR	6	Se encarga de supervisar la correcta conformación del expediente.	
<b>Formuló</b>		<b>Revisó</b>	<b>Autorizó</b>
<b>Raymundo Lara Silva</b>		<b>Dra. María de Lourdes Ávila Álvarez.</b>	<b>Guillermo Sánchez Berrones</b>

## Diagrama de flujo del procedimiento Elaboración de expediente clínico






### Elaboración de expediente clínico

<p> <b>SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA</b>  <b>DIRECCIÓN DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL</b>  <b>CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL</b>  <b>S. L. P.</b> </p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">   <b>HOJA FRONTAL</b>  <b>DIAGNOSTICO</b> </div> <table border="1" style="width: 40%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">EDAD</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">UNIDAD DE REHABILITACION</td> </tr> </table> </div>			NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE:	EDAD	UNIDAD DE REHABILITACION
NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE:					
EDAD					
UNIDAD DE REHABILITACION					
FECHA	DIAGNOSTICO NOSOLOGICO Y DE INVALIDEZ	NOMBRE Y NO. DE CREDENCIAL DEL MEDICO TRATANTE			

### Elaboración de Expediente Clínico

<b>SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA</b> <b>DIRECCIÓN DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL</b> <b>CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL</b> <b>S. L. P.</b>																							
  <b>HOJA DE PREVALORACION</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">NOMBRE</td> </tr> <tr> <td>EDAD</td> <td>SEXO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">OCUPACION</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ENVIADO POR</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DERECHOHABIENTE DE</td> </tr> <tr> <td>DOMICILIO</td> <td>TEL.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FECHA</td> </tr> </table>	NOMBRE		EDAD	SEXO	OCUPACION		ENVIADO POR		DERECHOHABIENTE DE		DOMICILIO	TEL.	FECHA									
NOMBRE																							
EDAD	SEXO																						
OCUPACION																							
ENVIADO POR																							
DERECHOHABIENTE DE																							
DOMICILIO	TEL.																						
FECHA																							
IMPRESION DIAGNOSTICA																							
CANALIZACION																							
<b>SE SUGIERE VALORACION POR:</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>MEDICINA DE REHABILITACION .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>COMUNICACIÓN HUMANA .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ORTOPEDIA .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PEDIATRIA .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>NEUROLOGIA .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>OFTALMOLOGÍA .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PSICOLOGIA .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PEDAGOGIA .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TRABAJO SOCIAL .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>EVALUACION DE APTITUDES Y DESARROLLO DE HABILIDADES PARA EL TRABAJO (EADHT)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CANALIZACION EXTERNA .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		MEDICINA DE REHABILITACION .....	<input type="checkbox"/>	COMUNICACIÓN HUMANA .....	<input type="checkbox"/>	ORTOPEDIA .....	<input type="checkbox"/>	PEDIATRIA .....	<input type="checkbox"/>	NEUROLOGIA .....	<input type="checkbox"/>	OFTALMOLOGÍA .....	<input type="checkbox"/>	PSICOLOGIA .....	<input type="checkbox"/>	PEDAGOGIA .....	<input type="checkbox"/>	TRABAJO SOCIAL .....	<input type="checkbox"/>	EVALUACION DE APTITUDES Y DESARROLLO DE HABILIDADES PARA EL TRABAJO (EADHT)	<input type="checkbox"/>	CANALIZACION EXTERNA .....	<input type="checkbox"/>
MEDICINA DE REHABILITACION .....	<input type="checkbox"/>																						
COMUNICACIÓN HUMANA .....	<input type="checkbox"/>																						
ORTOPEDIA .....	<input type="checkbox"/>																						
PEDIATRIA .....	<input type="checkbox"/>																						
NEUROLOGIA .....	<input type="checkbox"/>																						
OFTALMOLOGÍA .....	<input type="checkbox"/>																						
PSICOLOGIA .....	<input type="checkbox"/>																						
PEDAGOGIA .....	<input type="checkbox"/>																						
TRABAJO SOCIAL .....	<input type="checkbox"/>																						
EVALUACION DE APTITUDES Y DESARROLLO DE HABILIDADES PARA EL TRABAJO (EADHT)	<input type="checkbox"/>																						
CANALIZACION EXTERNA .....	<input type="checkbox"/>																						
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO: <span style="float: right;">31</span>																							

## HISTORIAL CLINICO DE REHABILITACION

Fecha:	Expediente:	
Nombre:	Enviado Por:	
Dirección:	Teléfono:	
Diagnostico:	Sexo:	Edad:
	Lugar:	
<b>MEDICO TRATANTE:</b>		

### ANTECEDENTES – HEREDERO – FAMILIARES

Diabetes:	Hipertensión Arterial:
Malformaciones:	Neoplasias:
Deficiencia Mental:	Otros:

### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Origen:	Residencia:	Área:	Estado Socioec:
Estado Civil:	Escolaridad:	Higiene:	Alimentación:
Tabaquismo:	Alcoholismo:	Deportes:	Literalidad:
Hacinamiento:	Conv. Anim:	Wc:	Ocupación:
Inmunizaciones:	Institución:	Independencia:	Fecha De Nacimiento:

### ANTECEDENTES PERINATALES

Procede \_\_\_\_\_

Gesta:	Para:	Control Pre:	Duración:
Atención:	Tipo:	Respiro:	Lloro:
Peso:	Apgar:	Silverman:	Otros:

### Comentarios:


### ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Cirugías:	Transfusiones:
Traumatismo:	Alergias:
Diabetes:	Hipertensión Arterial:

### Otros:


### DESARROLLO PSICOMOTOR

Procede \_\_\_\_\_

Fija La Mirada:	Sonrisa Social:	Control Cefálico:	Rodamientos:
Sedestación:	Arrastre:	Gateo:	Marcha:
Acceso De Esc:	Son Guturales:	Laleo:	Monosilabito:
Palabras:	Frases:	"T":	Esfínteres:

## HISTORIAL CLINICO DE REHABILITACION

**PADECIMIENTO ACTUAL:**



**EXPLORACION FISICA:**

**I. Dx:**


**INDICACIONES:**

\_\_\_\_\_  
MEDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACION

## Elaboración de Expediente Clínico

 SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL SUBDIRECCION DE REHABILITACION					
<b>NOTAS MEDICAS</b>					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;"><b>NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE</b></td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><b>EDAD</b></td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><b>SEXO</b></td> </tr> </table>	<b>NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE</b>		<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>
<b>NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE</b>					
<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>				
<b>FECHA Y HORA</b>	<b>NOTAS</b>				


### Elaboración de Expediente Clínico

FECHA Y HORA	NOTAS

## Elaboración de Expediente Clínico

<b>SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA</b> <b>DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL</b> <b>CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL</b> <b>SAN LUIS POTOSI, S.L.P.</b>		
<b>HOJA DE ALTA</b>	NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE	
	EDAD	SEXO
	UNIDAD DE REHABILITACION	
	FECHA DE INGRESO	
<b>DIAGNOSTICO FINAL</b>		
<b>SECUELAS</b>		
<b>EXAMENES DE LABORATORIO</b>		
<b>ESTUDIOS DE GABINETE</b>		
<b>MOTIVO DE ALTA</b>		
<b>SERVICIOS OTORGADOS</b>		
<b>ALTA PARA</b>	<b>FECHA DE ALTA</b>  DIA    MES    AÑO	<b>NOMBRE FIRMA Y No. DE CREDENCIAL</b>

### Elaboración de Expediente Clínico


 SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL SUBDIRECCION DE REHABILITACION	
<b>NOTAS DE TERAPIA FISICA</b>	
	<b>NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE</b>
	EDAD <span style="float: right;">SEXO</span>
<b>FECHA Y HORA</b>	<b>NOTAS</b>




**Elaboración de expediente clínico**  
**NOTAS SUBSECUENTES**

FECHA Y HORA	NOTAS

### Elaboración de Expediente Clínico

 SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL SUBDIRECCION DE REHABILITACION	
<b>NOTA DE TERAPIA OCUPACIONAL</b>	
	<b>NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE</b>
	EDAD <span style="float: right;">SEXO</span>
<b>FECHA Y HORA</b>	<b>NOTAS</b>

### Elaboración de Expediente Clínico

 SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL SUBDIRECCION DE REHABILITACION  <b>NOTA DE TERAPIA DE LENGUAJE</b>		<b>NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE</b>
		EDAD <span style="float: right;">SEXO</span>
<b>FECHA Y HORA</b>	<b>NOTAS</b>	

## Elaboración de Expediente Clínico



**SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**  
**UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACION SOCIAL**  
**DIRECCION GENERAL DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL**  
**DIRECCION DE REHABILITACION**  
**SUBDIRECCION DE UNIDADES OPERATIVAS EN LOS ESTADOS**

San Luis Potosí, 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 rehabilitatorio 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 de rehabilitatorio, así mismo autorizo al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del tratamiento.

Me comprometo a RESPETAR las citas e indicaciones que me otorgue la unidad básica de \_\_\_\_\_, presentarme con el carnet vigente y acudir a todos los servicios a donde me envíen. 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: \_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ N°. Expediente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Colonia

\_\_\_\_\_ C.P.

\_\_\_\_\_ Teléfono

#### MEDICO

Nombre del Médico responsable: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cargo

\_\_\_\_\_ Cédula profesional

#### TESTIGO

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA MEDICO

\_\_\_\_\_  
FIRMA TESTIGO