DIF
SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
AYUNTAMIENTO CIUDAD VALLES 2018-2021

Centro de Rehabilitación Integral

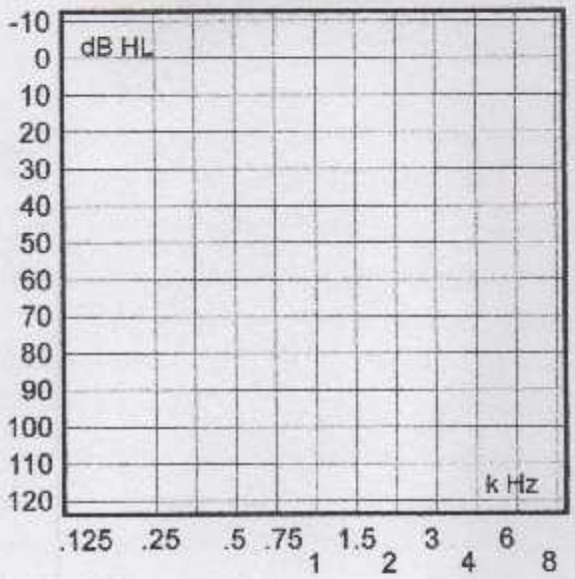
Nombre: _____

Domicilio: _____

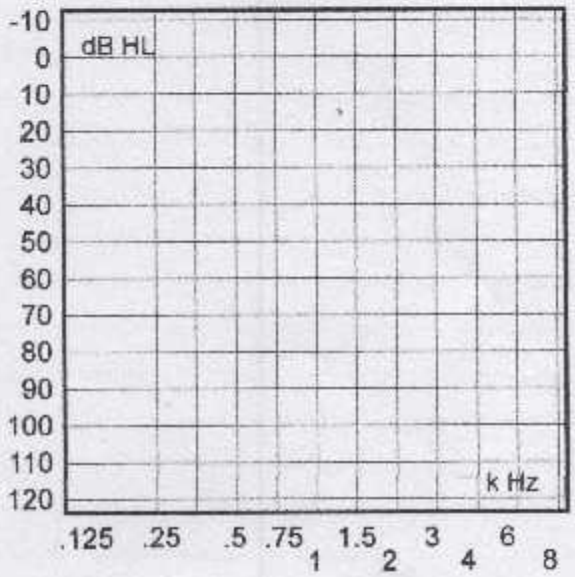
Edad: _____ **Sexo:** H M **Fecha de estudio:** _____

Audiometría

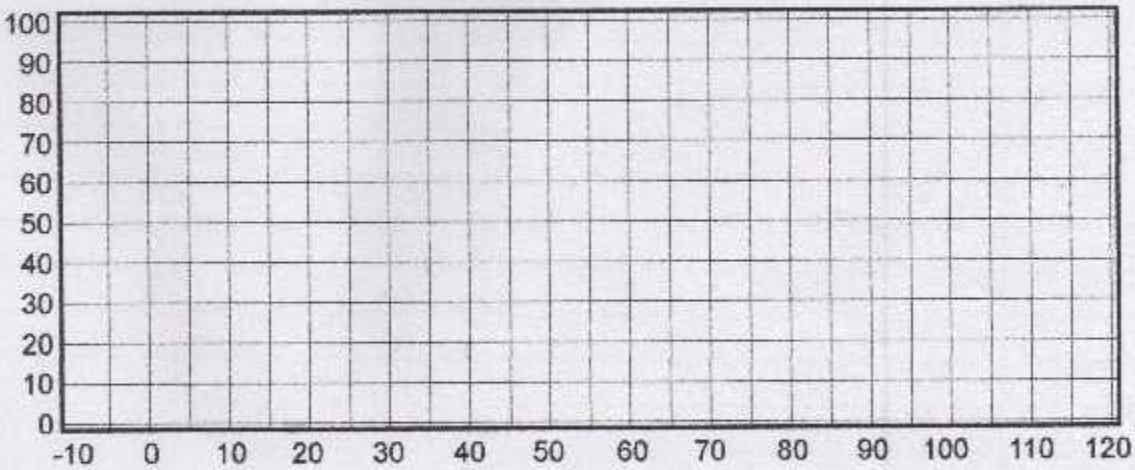
DERECHO



IZQUIERDO



Logoaudiometría



DIF

SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

AYUNTAMIENTO CUENCAMÉ 2018-2021

DIF

CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

NOTAS DE _____ Nº 0986

FECHA		No. EXP.
	NOMBRE DEL PACIENTE	

RESPONSABLE DE ÁREA

NOMBRE: .....

FIRMA: .....

No. DE CREDENCIAL: .....

DIF

SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

CD. VALLES, S.L.P.

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL

RECIBO DE DINERO

1211

Bo. POR $

DIA	MES	AÑO

RECIBÍ DE:

LA CANTIDAD DE:

POR CONCEPTO DE:

RECIBÍ, NOMBRE Y FIRMA

DIF

SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
CD. VALLES, S. L. P.

RECETA MEDICA

1105

FECHA: / /

NOMBRE DEL PACIENTE:

FOLIO DE SOLICITUD DE SERV. MED:

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

Imprenta Rosante

DIF

SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

CD. VALLES, S.L.P.

HOJA DE REFERENCIA

0105

SOLICITUD DE ATENCION

SERVICIO:	FECHA: / /
NOMBRE	DEPTO:
EDAD	SEXO:	ENVIADO POR:

P.A.O.

EXP. FISICA

Dx _____

tx _____

Px _____

NOMBRE: _____

CED. PROF.: _____

S.S.A. _____

DIF

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

FOLIO
0904

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

A QUIEN CORRESPONDA:

El que suscribe, médico oficial y legalmente autorizado para ejercer su profesión, certifica que al practicarse valoración clínica a:

_____

se encontró que presenta: _____

_____

lo que determina una discapacidad _____

_____

ATENTAMENTE

_____

DIF
SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
AYUNTAMIENTO CIUDAD VALLES
2012-2015
CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL

ROTARIOS ESQ. JUAN SARABIA S/N COL. ROTARIOS TEL. 382-05-01 EXT. 105 CD. VALLES, S.L.P.

DIF

SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

AYUNTAMIENTO CIUDAD VALLES 2018-2021

DIF

SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

INFORME PSICOLOGICO

158

LUGAR Y FECHA:	
NOMBRE:	
No. DE EXPEDIENTE:	
EDAD	SEXO
FECHA DE NACIMIENTO	
ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD
UNIDAD DE REHABILITACION	
FECHA EN QUE SE REALIZA EL INFORME	

MOTIVO DE CONSULTA

TIPO DE PRUEBAS APLICADAS

ACTITUD DEL PACIENTE ANTE LA VALORACION

RESULTADOS OBTENIDOS

DIAGNOSTICO

PRONOSTICO

SUGERENCIAS

NOMBRE, FIRMA Y NO. DE CEDULA PROFESIONAL