SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIF Nacional

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

SLP PROSPEREMOS JUNTOS
DIF ESTATAL CREE

SISP- 17	**REGISTRO DIARIO DE TERAPIA DE LENGUAJE**	
Clave del Centro:	Nombre del Centro de Rehabilitación:	Fecha: (dìa/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																	