SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

SLP PROSPERIDAD JUNTOS | DIF ESTATAL CREE

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								Motivo de la Alta			
												Atención				Orientación				Por Servicio			
		0 -11		12 -- 17		18 --59		60 años y más		1a. Vez	Subs.	Entrevista	Aplicación de pruebas psicológicas	Calificación de pruebas	Informe Psicológico	Individual	Grupal	Familiar	Psicoterapia	Mejoria	Deser.	Felleci.	Refe.
		M	H	M	H	M	H	M	H														
TOTAL																							