**DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN**
**DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN**

| **SISP-16** | **REGISTRO DIARIO DE TERAPIA OCUPACIONAL** | |
|---|---|---|
| Clave del Centro: | Nombre del Centro de Rehabilitación: | Fecha: ( dìa/mes/año) |
| No. de Credencial: | Nombre Completo del Terapista Ocupacióna: (Apellido paterno, materno y nombre -s-) | Firma: |

| No. de Folio | No de Expediente | Grupo por edad y sexo | | | | | | | | Tipo de Consulta | | Modalidades | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 -11 | | 12 -- 17 | | 18 --59 | | 60 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 | | | | Compresa | Parafina | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |