DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

SISP-02

Clave del Centro:	Nombre del Centro de Rehabilitación:		Fecha: (día/mes/año)
No. de Credencial:	Nombre Completo del Médico: (Apellido paterno, materno y nombre -s-)		Firma:

No.de Folio	No. de Expediente	Grupo por edad y sexo								Tipo de Consulta		Diagnóstico (CIE)		Discapacidad		Temporalidad de la Discapacidad		Tipo de Discapacidad							Causa de la Discapacidad						Motivo de la Alta							
		0 -11		12 -- 17		18 --59		60 años y más										Sensoriales y de la Comunicación													Por Servicio				Definitiva			
		M	H	M	H	M	H	M	H	1a. Vez	Subs.	Descripción	Clave	SI	NO	Temporal (T)	Permanente (P)	Ver	Oir	Hablar	Lenguaje	Motriz	Mental	Multiples y Otras	Nacimiento	Enfermedad	Accidente	Violencia	Edad Avanzada	Otra Causa	Mejoria	Deser.	Felleci.	Refe.	Mejoria	Deser.	Felleci.	Refe.