

# ESTUDIO SOCIOECONOMICO



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL  
SUBDIRECCION DE REHABILITACION

## DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL: ESTUDIO PRELIMINAR

FECHA DE ESTUDIO \_\_\_\_\_ CLASIFICACION \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ No. DE EXP. \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ EDO. CIVIL \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ DOMICILIO \_\_\_\_\_

SERVICIO \_\_\_\_\_

MOTIVO DE ESTUDIO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ESTRUCTURA FAMILIAR

MIEMBROS DE LA FAMILIA (NOMBRE)	PARENTESCO	EDAD	EDO.CIVIL	OCUPACION, ESCOLARIDAD
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

### DATOS ECONOMICOS

INGRESOS	EGRESOS
PADRE: _____	RENTA O PAGO DE CASA _____
MADRE: _____	ALIMENTACION _____
OTROS: _____	AGUA, LUZ, TEL. _____
	EDUCACION _____
	PASAJES _____
	OTROS _____
TOTAL DE INGRESOS _____	TOTAL DE EGRESOS _____

NOMBRE, FIRMA Y No. DE CRED. \_\_\_\_\_



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL  
SUBDIRECCION DE REHABILITACION

### ESTUDIO SOCIAL

NOMBRE				CLASIFICACION	
				F. NACIMIENTO	
EDAD	SEXO	EDO. CIVIL	FECHA DE ESTUDIO		
ESCOLARIDAD		OCUPACION		TELEFONO DEL TRABAJO	
DOMICILIO				TELEFONO DEL DOMICILIARIO	
UBICACION CALLES TRANSVERSALES			CALLES PARALELAS		
ENTIDAD FEDERATIVA				CODIGO POSTAL	
SERVICIO				No. DE INGRESOS	
MOTIVO DE ESTUDIO					
NOMBRE DEL ENTREVISTADO			PARENTESCO O RELACION		EDAD
<b>ESTRUCTURA FAMILIAR</b>					
MIEMBROS DE LA FAMILIA NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACION / ESCOLARIDAD	

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACION / ESCOLARIDAD
<b>MIEMBROS SEPARADOS.</b>				
<b>OBSERVACIONES DE LA RELACION MINUSVALIDO / FAMILIAR</b>				
<b>DESCRIPCION DEL PROBLEMA DE MINUSVALIA.</b>				
<b>A QUE LO ATRIBUYE LA FAMILIA Y QUE IMPORTANCIA LE DA.</b>				
<b>ESFUERZOS REALIZADOS POR LA FAMILIA PARA RESOLVER EL PROBLEMA DEL MINUSVALIDO.</b>				
<b>ACTITUD DE LA FAMILIA ANTE EL MINUSVALIDO</b>				
<b>RECUPERACION DE LA MINUSVALIA EN EL MEDIO FAMILIAR Y EXTRAFAMILIAR.</b>				
<b>DINAMICA FAMILIAR, COMUNICACIÓN, NORMAS, VALORES, RELIGION, OTROS.</b>				

# CARNET DE CITAS

UNIDAD DE REHABILITACION  
CENTRO DE REHABILITACION  
Y EDUCACION ESPECIAL

LOCALIDAD  
SAN LUIS POTOSI, S.L.P.

No. DE EXPEDIENTE

NOMBRE DEL USUARIO

## CARNET DE CITAS

SISTEMA NACIONAL PARA  
EL DESARROLLO INTEGRAL  
DE LA FAMILIA

CLASIFICACION **DIF**

CARATULA

### INTERIOR

CONSULTA	DIA MES HORA	DIA MES HORA	DIA MES HORA	DIA MES HORA	DIA MES HORA
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION					
TRABAJO SOCIAL					
<b>TERAPIAS</b>					
TERAPIA FISICA					
TERAPIA OCUPACIONAL					
PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA					

# HOJA FRONTAL

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
DIRECCIÓN DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL  
CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL  
S. L. P.



HOJA FRONTAL  
DIAGNOSTICO

NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE:

EDAD

UNIDAD DE REHABILITACION

FECHA	DIAGNOSTICO NOSOLOGICO Y DE INVALIDEZ	NOMBRE Y NO. DE CREDENCIAL DEL MEDICO TRATANTE

# HISTORIAL CLINICO

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL S. L. P.	
<b>DIF</b> HISTORIA CLINICA	NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE.
	EDAD. <input type="text"/> SEXO. <input type="text"/>
	UNIDAD DE REHABILITACION.
	SERVICIO.
INTERROGATORIO: DIRECTORIO <input type="checkbox"/> INDIRECTO <input type="checkbox"/>	
HEREDITARIOS FAMILIARES:	
PERSONALES NO PATOLOGICOS:	
PERSONALES PATOLOGICOS:	

**EXPLORACION FISICA**

PESO	ESTATURA	PULSO	TENSION ARTERIAL	TEMPERATURA	RESPIRACION
<b>INSPECCION GENERAL</b>					
<b>MARCHA</b>					
<b>POSTURA</b>					
<b>CABEZA Y CUELLO</b>					
<b>PARES CRANEALES</b>					
<b>TORAX Y ABDOMEN</b>					

PADECIMIENTO ACTUAL

APARATOS Y SISTEMAS

EXAMENES PREVIOS

TERAPEUTICA EMPLEADA

DIAGNOSTICOS PREVIOS



MIEMBROS SUPERIORES
MIEMBROS INFERIORES
A. D. V. H.
DIAGNOSTICO NOSOLOGICO Y DE INVALIDEZ
PRONOSTICO DE REHABILITACION
TRATAMIENTO INTEGRAL
NOMBRE Y No. DE CREDENCIAL

# NOTA MEDICA

**DIF**

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL  
SUBDIRECCION DE REHABILITACION

NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE

EDAD

SEXO

NOTAS MEDICAS

FECHA  
Y  
HORA

NOTAS

# HOJA DE ALTA

<b>SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL SAN LUIS POTOSI, S.L.P.</b>		
<b>HOJA DE ALTA</b>	NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE	
	EDAD	SEXO
	UNIDAD DE REHABILITACION	
	FECHA DE INGRESO	
DIAGNOSTICO FINAL		
SECUELAS		
EXAMENES DE LABORATORIO		
ESTUDIOS DE GABINETE		
MOTIVO DE ALTA		
SERVICIOS OTORGADOS		
ALTA PARA	FECHA DE ALTA DIA MES AÑO	NOMBRE FIRMA Y No. DE CREDENCIAL

# NOTA DE TERAPIA FISICA

<b>DIF</b>	
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL SUBDIRECCION DE REHABILITACION	
<b>NOTAS DE TERAPIA FISICA</b>	
<b>NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE</b>	
EDAD	SEXO
<b>FECHA Y HORA</b>	<b>NOTAS</b>

# NOTA SUBSECUENTE

FECHA Y HORA	NOTAS



# Informe Mensual

SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
 CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL

REGISTRO MENSUAL DE ACTIVIDADES																											
UNIDAD BASICA DE REHABILITACION																											
TERAPIA FISICA																											
MUNICIPIO:															FECHA:												
NOMBRE:																											
EDAD:		- 1		1 - 4		5 - 9		10- 14		15 - 19		20 - 29		30 - 39		40 - 49		50 - 59		60 - 69		70 - 79		80 - +		TOTAL	
SEXO:		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
PACIENTES DE 1a. VEZ																											
PACIENTES SUBSECUENTES																											
ACCIONES																											
HIDROTERAPIA																							M	F			
ELECTROTERAPIA																											
MECANOTERAPIA																											
PROGRAMA DE CASA																											
FERULAS																											
ORIENTACION Y MOVILIDAD																											
OTRAS																											
PLATICAS																											
ASISTENTES A LAS PLATICAS																											
<b>TOTAL</b>																											
OBSERVACIONES:																											
_____																											
_____																											
_____																											
_____																											
_____																											
FIRMA DEL RESPONSABLE: _____																											

7



















# REPORTE MENSUAL DE PROGRAMA ESCUELA PARA PADRES

  
**SALUD**  
SUBSECRETARÍA DE SALUD



DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN  
 DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN  
 SUBDIRECCIÓN DE UNIDADES OPERATIVAS EN LOS ESTADOS

  
**DIF**  
 Nacional

**REPORTE MENSUAL DEL PROGRAMA SUSTANTIVO ESCUELA PARA FAMILIAS CON HIJOS CON DISCAPACIDAD**

Centro de Rehabilitación:

MES Y AÑO:

2016

MODALIDAD DEL PROGRAMA			TEMAS DE CAPACITACION DESARROLLADOS	DURACION (HORAS)	TOTAL DE EVENTOS DE CAPACITACION IMPARTIDOS		TOTAL DE ASISTENTES			PONENTES DEL EVENTO DE CAPACITACION		TECNICAS DIDACTICAS EMPLEADAS			TOTAL DE EVALUACIONES INICIALES	TOTAL DE EVALUACIONES FINALES	OBSERVACIONES CUALITATIVAS DE IMPACTO	
					PROG	REAL	PROG	REAL	VAR %	N°	ÁREA A LA QUE PERTENECEN	EXPOSITIVA	TALLER	OTRA (S)				
MODULOS	CURSOS	SESIONES																

**TOTAL DE GRUPOS INTEGRADOS**

---

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL CENTRO

---

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA

---



## REPORTE MENSUAL DE PROGRAMA DETECCION TEMPRANA DE PROCESOS DISCAPACITANTES

 	<b>DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN</b> <b>DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE UNIDADES OPERATIVAS EN LOS ESTADOS</b>				
<b>PROGRAMA SUSTANTIVO DE DETECCION TEMPRANA DE PADECIMIENTOS DISCAPACITANTES</b>					
<b>Centro de Rehabilitación: (1)</b>				<b>Mes y Año (2)</b>	
Lugar donde se realizó la detección (3)	Pláticas otorgadas en el mes (4)	Temas de las pláticas (5)	No. de asistentes (6)	No. de personas valoradas (7)	No. de personas detectadas y canalizadas al Centro de Rehabilitación (8)
<b>TOTAL</b>					

Nombre y firma del responsable del programa:(9)

Nombre del Responsable de la  
 Unidad Basica de Rehabilitacion: (10)

• **GRACIAS**