

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
ESTRUCTURA FAMILIAR					
MIEMBROS DE LA FAMILIA NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACION / ESCOLARIDAD	

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

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



CARATULA

INTERIOR

CONSULTA	DIA MES HORA				
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION					
TRABAJO SOCIAL					
TERAPIAS					
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.	
DIF 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
INSPECCION GENERAL					
MARCHA					
POSTURA					
CABEZA Y CUELLO					
PARES CRANEALES					
TORAX Y ABDOMEN					

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

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.		
HOJA DE ALTA	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

DIF	
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL SUBDIRECCION DE REHABILITACION	
NOTAS DE TERAPIA FISICA	
FECHA Y HORA	NOTAS

NOTA SUBSECUENTE

FECHA Y HORA	NOTAS

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 DETECCIÓN TEMPRANA DE PROCESOS DISCAPACITANTES

 	DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN SUBDIRECCIÓN DE UNIDADES OPERATIVAS EN LOS ESTADOS				
PROGRAMA SUSTANTIVO DE DETECCIÓN TEMPRANA DE PADECIMIENTOS DISCAPACITANTES					
Centro de Rehabilitación: (1)				Mes y Año (2)	
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)
TOTAL					

Nombre y firma del responsable del programa:(9)

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

• **GRACIAS**