"Unidos por la familia"
MATEHUALA
2021- 2024

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

# DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
## DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

DIF ESTATAL
Caminemos de la mano

CRI MATEHUALA

**SISP-02**

# REGISTRO DIARIO DE CONSULTA MÉDICA

| Clave del Centro: | Nombre del Centro de Rehabilitación: | Fecha: ( día/mes/año) |
|---|---|---|
| No. de Credencial: | Nombre 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) | | Disca-pacidad | | Temporalidad de la Discapacidad | | Tipo de Discapacidad | | | | | | | Causa de Discapacidad | | | | | | Motivo de la Alta | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 -11 | | 12 - 17 | | 18 - 59 | | 60 años y más | | 1a. Vez | Subs. | Descripción | Clave | Sí | No | Temporal (T) | Permanente (T) | Sensoriales y de la Comunicación | | | | Motriz | Mental | Múltiples y Otras | Nacimiento | Enfermedad | Accidente | Violencia | Edad Avanzada | Otra causa | Por servicio | | | | Definitiva | | | |
| | | M | H | M | H | M | H | M | H | | | | | | | | | Ver | Oír | Hablar | Lenguaje | | | | | | | | | | Mejoría | Deser. | Falleci. | Refe. | Mejoría | Deser. | Falleci. | Refe. |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

"Unidos por la familia" 2021- 2024

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

**SISP-22**

**SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS**
**REGISTRO DIARIO DE ENFERMERÍA**

| Clave del Centro: | Nombre del Centro de Rehabilitación: | Fecha: (día/mes/año) | Fecha: (día/mes/año) |
|---|---|---|---|
| No. de Credencial: | Nombre de la Enfermera o Auxiliar de | Firma: | Firma: |

| No. de Expediente | Grupo por edad y sexo | | | | | | | | Tipo de Consulta | | ACCIONES | | | DATOS | | | | | | Pláticas | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 -11 | | 12 - 17 | | 18 - 59 | | 60 años y más | | 1a. Vez | Subse. | Somatometria | signos vitales | Otras intervenciones | Peso | Talla | Temp. | Pulso | Resp. | T/A | No. de Pláticas | Asistentes |
| | M | H | M | H | M | H | M | H | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

"Unidos por la familia" 2021- 2024

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

DIF ESTATAL Caminemos de la mano

CRI MATEHUALA

**SISP-15**

# SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS
# REGISTRO DIARIO DE TERAPIA FÍSICA

| Clave del Centro: | Nombre del Centro de Rehabilitación: | Fecha: ( día/mes/año) |
|---|---|---|
| No. de Credencial: | Nombre Completo del Terapista Ocupacional: (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 | Subsec. | Hidroterapia | Medios físicos | Electroterapia | Mecanoterapia | Terapia Grupal | Programa de Casa | Orientación y Movilidad | Cámara de estimulación multisensorial | Programa de estimulación múltiple temprana |
| | | M | H | M | H | M | H | M | H | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIF Nacional

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

SLP PROSPEREMOS JUNTOS Gobierno del Estado 2015-2021

DIF ESTATAL CREE

## SISP-16

## REGISTRO DIARIO DE TERAPIA OCUPACIONAL

| Clave del Centro: | Nombre del Centro de Rehabilitación: | Fecha: ( día/mes/año) |
|---|---|---|
| No. de Credencial: | Nombre Completo del Terapista Ocupacional: (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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

"Unidos por la familia"
2021- 2024

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

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

DIF ESTATAL
Caminemos de la mano

CRI MATEHUALA

**SISP-09**

# REGISTRO DIARIO DE CONSULTA EN PSICOLOGÍA

| Clave del Centro: | Nombre del Centro de Rehabilitación: | Fecha: ( día/mes/año) |
|---|---|---|
| No. de Credencial: | Nombre Completo del Terapista Ocupacional: (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 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 -11 | | 12 - 17 | | 18 - 59 | | 60 años y más | | | | Atención | | | | Orientación | | | Psicoterapia | Por servicio | | | |
| | | M | H | M | H | M | H | M | H | 1a. Vez | Subse. | Entrevista | Aplicación de pruebas psicológicas | Calificación de pruebas | Informe Psicológico | Individual | Grupal | Familiar | | Mejora | Deser. | Felleci. | Refe. |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIF Nacional

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

SLP PROSPEREMOS JUNTOS Gobierno del Estado 2015-2021

DIF ESTATAL CREE

# SISP-17

## REGISTRO DIARIO DE TERAPIA DE LENGUAJE

Clave del Centro:

Nombre del Centro de Rehabilitación:

Fecha: ( día/mes/año)

No. de Credencial:

Nombre completo del Terapista de Lenguaje: (Apellido paterno, materno y nombre -s-)

Firma:

| No. de Folio | No. de Expediente | 0 -11 | | 12 - 17 | | 18 - 59 | | 60 años y más | | Tipo de Consulta | | Modalidades | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | M | H | M | H | M | H | M | H | 1a. Vez | Subs. | Examen de Lenguaje | Problemas de Lenguaje | Problemas de voz | Problemas de audición | Programa de casa | Manejo de Cavidad Oral |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | |

"Unidos por la familia"
2021- 2024

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

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

DIF ESTATAL
Caminemos de la mano

CRI MATEHUALA

**SISP-10**

## SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS
## REGISTRO DIARIO DE TRABAJO SOCIAL

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

| No. de Expediente | Grupo por edad y sexo | | | | | | | | Tipo de Consulta | | Estudio Socio Económico | ACCIONES | | | | | | | | | Afiliación a servicios de salud |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 -11 | | 12 - 17 | | 18 - 59 | | 60 años y más | | 1a. Vez | Subse. | | Visitas | | Tratamiento Social | | | | | | Referencia de casos | |
| | | | | | | | | | | | | | | Seguimiento | | Orientación | | | | | |
| | M | H | M | H | M | H | M | H | | | | Domiciliarias | Institucionales | Actualización de datos | Nota de seguimiento | Individual | Grupal | Familiar | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |