

CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

AV. HIDALGO No. 811 ZONA CENTRO
MATEHUALA, S.L.P.

FOLIO



NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE	
EDAD	SEXO
UNIDAD DE REHABILITACIÓN	

HOJA FRONTAL

FECHA	DIAGNÓSTICOS NOSOLÓGICOS DE INVALIDEZ	NOMBRE Y NÚMERO DE CREDENCIAL DEL MÉDICO TRATANTE

CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

AV. HIDALGO No. 811 ZONA CENTRO

MATEHUALA, S.L.P.

FOLIO



"Unidos por la familia"
2021- 2024

NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE	
EDAD	SEXO

NOTAS _____

FECHA Y HORA	NOTAS



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL
SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.



HOJA DE ALTA

FOLIO

NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE

EDAD

SEXO

UNIDAD DE REHABILITACIÓN

FECHA DE INGRESO

DIAGNÓSTICO FINAL

SECUELAS

EXÁMENES DE LABORATORIO

ESTUDIOS DE GABINETE

MOTIVO DE ALTA

SERVICIOS OTORGADOS

ALTA PARA

FECHA DE ALTA

NOMBRE FIRMA Y No. DE CREDENCIAL

DÍA MES AÑO

**SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE UNIDADES OPERATIVAS EN LOS ESTADOS**

Matehuala, S.L.P., a _____ de _____ de 20____.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este conducto ***DOY MI CONSENTIMIENTO*** para recibir la valoración y el tratamiento médico necesario, toda vez que el médico responsable me explique lo relacionado con mi padecimiento, el tipo de tratamiento que recibiré, las secuelas y posibles riesgos que pudiera presentar como consecuencia de mi padecimiento y del tratamiento rehabilitatorio; así mismo autorizo al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del tratamiento.

ME COMPROMETO A RESPETAR las citas que me otorgue el Centro de Rehabilitación Integral Matehuala, presentarme con el carnet vigente, de manera puntual así como acudir a todos los servicios a donde me envíe. Así mismo, tengo el derecho de acudir con mi médico responsable en este centro para que aclare mis dudas, en el consultorio y horario correspondientes.

PACIENTE

Nombre: _____

Diagnóstico: _____

Edad: _____ Sexo: _____ No. Expediente: _____

Domicilio: _____

_____ Colonia _____ C.P. _____ Teléfono _____

TUTOR O RESPONSABLE

Nombre: _____

Edad: _____ Parentesco: _____

MÉDICO

Nombre: _____

_____ CARGO _____ CÉDULA PROFESIONAL _____

TESTIGO

Nombre: _____

Edad: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

_____ FIRMA PACIENTE _____ FIRMA MÉDICO _____ FIRMA TESTIGO _____

