

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

**DIF**

**HOJA FRONTAL  
DIAGNOSTICO**

NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE:

EDAD

UNIDAD DE REHABILITACION  
C.R.E.E.

S.L.P.

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



**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 NOSWOLÓGICO Y DE INVALIDEZ**

**PRONOSTICO DE REHABILITACION**

**TRATAMIENTO INTEGRAL**

**NOMBRE Y No. DE CREDENCIAL**

# DIF

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

NOTAS MEDICAS

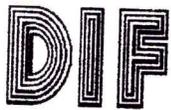
NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE

EDAD

SEXO

FECHA Y HORA

NOTAS



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACION SOCIAL  
DIRECCION GENERAL DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCION DE REHABILITACIÓN  
SUBDIRECCION DE UNIDADES OPERATIVAS EN LOS ESTADOS

San Luis Potosi, S.L.P, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por este conducto **DOY MI CONSENTIMIENTO** para recibir la valoración y el tratamiento médico rehabilitatorio 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 San Luis Potosí** presentarme con el carnet vigente y acudir a todos los servicios a donde me envíen. 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 \_\_\_\_\_

**MEDICO:**

Nombre del Médico responsable: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Cédula profesional \_\_\_\_\_

**TESTIGO:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA MEDICO

\_\_\_\_\_  
FIRMA TESTIGO

## Aviso de Privacidad

### UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN "LA ASCENSION DEL SEÑOR"

La unidad básica de rehabilitación, es un Órgano Desconcentrado de Servicios de Salud de San Luis Potosí, con domicilio en carretera Venado - Moctezuma Km 1, sin número, Venado, S.L.P., dentro del ejercicio de sus funciones es proporcionar servicios de atención de primer nivel de atención en rehabilitación, servicios de promoción a la salud y prevención de la discapacidad, a los habitantes de venado, san Luis potosí, en consecuencia para el uso de dichos datos y de su protección, se da a conocer su Aviso de Privacidad, con el fin de que se pueda identificar el tratamiento que se da a los mismos, lo anterior en base a lo dispuesto en las Normas para la Protección, Tratamiento, Seguridad y Resguardo de los Datos Personales en Posesión de los Entes Obligados, así como lo estipulado al respecto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de San Luis Potosí.

Los datos personales, así como la información confidencial, proporcionada por los solicitantes de la Población Abierta en general, serán protegidos, tratados y resguardados según la normatividad propia de la materia, por lo cual, se utilizarán única y exclusivamente en los siguientes casos:

- Población abierta, en la prestación de apoyos en servicios médicos, expedientes, registros y estadísticas en salud. Tratándose de datos personales sensibles éstos serán mantenidos y tratados en estricta confidencialidad, de acuerdo a lo estipulado en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de San Luis Potosí.

Lo anterior según lo dispuesto en el Decreto Administrativo por el que se constituyen los Servicios de Salud de San Luis Potosí; el Decreto Administrativo por el que se reforma y adiciona el Decreto por el cual se constituyen los Servicios de Salud de San Luis Potosí y el Reglamento Interior del Organismo, perteneciente al sistema municipal para el desarrollo integral de la familia de venado, s.l.p.; así como por lo estipulado en el Artículo 41 Ter, de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de San Luis Potosí, cabe mencionar que la protección de los datos personales estarán bajo el resguardo de los servidores públicos que los reciben, controlen y resguarden.

Los datos personales que recibe la dependencia son de: identificación, de contacto, laborales, patrimoniales o financieros, de salud, características personales, características físicas, vida sexual y de origen.

La Unidad básica de rehabilitación "La Ascension del Señor", es responsable del uso, tratamiento y protección de sus datos personales, observando siempre para ello los principios de licitud, consentimiento, información, calidad, lealtad, finalidad, proporcionalidad y responsabilidad previstos en las Normas para la Protección, Tratamiento, Seguridad y Resguardo de los Datos Personales en Posesión de los Entes Obligados; en dicho tenor se compromete y obliga a guardar estricta confidencialidad de sus datos personales, además de observar y mantener las medidas de seguridad indispensables que permitan protegerlos ante cualquier pérdida, daño, alteración, acceso, uso o tratamiento no autorizado.

De igual forma, se le informa que se consideran de carácter confidencial aquella información que contenga datos personales, tales como lo prevén los artículos 3° Fracc. XI, XVII, XXI y XXVIII; 114, 120, 125, 127 y 138 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de San Luis Potosí, siendo así que ésta no se podrá comercializar, proporcionar, difundir o distribuir, salvo en los casos establecidos por la Ley.

Las personas interesadas o sus representantes legales, podrán solicitar los datos personales o su modificación. De la misma forma, se le menciona que Usted tiene el derecho de acceder, rectificar y/o cancelar sus datos personales, oponerse al procedimiento de los mismos y en todo caso revocar el consentimiento de la entrega de datos personales que haya proporcionado, a través de solicitud realizada a esta Unidad Administrativa, mediante el siguiente correo electrónico [ubr\\_venado@hotmail.com](mailto:ubr_venado@hotmail.com), o bien vía escrito dirigido al Titular de la Unidad básica de rehabilitación "La Ascension del Señor", con domicilio en carretera Venado - Moctezuma Km 1, sin número, Venado, S.L.P.

La Unidad básica de rehabilitación "La Ascension del Señor", podrá modificar en cualquier momento el presente Aviso de privacidad y sus prácticas en torno al manejo de su información personal.

Otorgo mi consentimiento para que mis datos personales sean tratados conforme a lo estipulado en el presente Aviso de Privacidad.

NOMBRE Y FIRMA

**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.**

**DIF**

**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**

**NOMBRE FIRMA Y NO. DE CREDENCIAL**

**DIA MES AÑO**