



NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE

EDAD

SEXO

**NOTAS DE TERAPIA FÍSICA**

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.



**HISTORIA CLÍNICA**

FOLIO  
 00750

NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE	
EDAD	SEXO
UNIDAD DE REHABILITACIÓN	
SERVICIO	

INTERROGATORIO:                      DIRECTO                       INDIRECTO

---

HEREDITARIOS FAMILIARES:

---

PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

---

PERSONALES PATOLÓGICOS:

## REGLAMENTO INTERNO DE TERAPIA FISICA

- 1.- ASISTIR DIA Y HORA **INDICADA**.
- 2.- ACUDIR EN OPTIMAS CONDICIONES DE HIGIENE.
- 3.- ASISTIR CON **ROPA COMODA** (PANTS, CALCETAS, TENIS, ETC.)
- 4.- SI EL PACIENTE ES MENOR O ADULTO MAYOR DEBERA VENIR ACOMPAÑADO POR UN FAMILIAR, Y ESTE DEBERA PERMANECER **DENTRO DE LA TERAPIA PARA APOYO DEL TERAPISTA**.
- 5.- SI EL PACIENTE PIERDE LA CONSULTA MEDICA SE **SUSPENDERA LA TERAPIA** HASTA NUEVA VALORACION MEDICA.
- 6.- SI EL PACIENTE ACUMULA 3 FALTAS CONSECUTIVAS SIN **JUSTIFICANTE** SE DARA DE BAJA DEL SERVICIO DE TERAPIA FISICA.
- 7.- DESPUES DE LA HORA INDICADA SE DARAN **10 MINUTOS DE TOLERANCIA** DE LO CONTRARIO NO SE BRINDARA EL SERVICIO DE TERAPIA FISICA.
- 8.- NO SE PERMITIRA EL ACCESO A LAS INSTALACIONES DEL AREA DE TERAPIA FISICA **SIN AUTORIZACION PREVIA** DEL TERAPISTA.

**GRACIAS POR SU APOYO**

" NO HAY MEJOR REHABILITACION QUE EL APOYO,  
LA DEDICACION, LA COMPAÑIA Y SOBRE TODO  
EL AMOR DE LA FAMILIA "



**CONSULTA  
MEDICA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

No. EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

CONSULTORIO: \_\_\_\_\_

Hidalgo No. 811 Tel. 125 31 07  
Matehuala, S.L.P.

HORARIO: 8:00 A.M. A 3:00 P.M.