



UNIDAD DE REHABILITACION E INTEGRACION SOCIAL

EXPEDIENTE CLINICO

NOMBRE DEL PACIENTE.

No. DE EXPEDIENTE

/ 2013



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN
D.U.E.M DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD
UNIDADES BÁSICAS DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL



HISTORIA CLÍNICA

URIS TENANCINGO

NOMBRE:				
EDAD:	FECHA:		NO. DE EXPEDIENTE:	
	/2013		/2013	
INTERROGATORIO: DIRECTO () INDIRECTO ()				
A.U.F.				
A.P.NOP:				
A.P.P:				
P.A:				
EXPLORACIÓN FÍSICA				
PESO:	TALLA:	TEMP:	F.C.	F.R.
MARCHA				
POSTURA:				
CABEZA Y CUELLO:				
PARES CRANEALES:				

MIEMBROS SUPERIORES:

MIEMBROS INFERIORES:

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE:

DX DE ENVIÓ:

ENVIADO DE :

DX (S):

PRONOSTICO:

TRATAMIENTO:

FECHA DE PRÓXIMA CITA:

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO:



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

HOJA DE PREVALORACIÓN

NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE	
EDAD:	SEXO:
OCUPACION:	
ENVIADO POR:	
DOMICILIO:	
FECHA:	

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CANALIZACIÓN

☐

SUGIERE VALORACIÓN POR

- | | |
|--|--------------------------|
| MEDICINA DE REHABILITACIÓN..... | <input type="checkbox"/> |
| COMUNICACIÓN HUMANA..... | <input type="checkbox"/> |
| ORTOPEDIA..... | <input type="checkbox"/> |
| PEDIATRÍA..... | <input type="checkbox"/> |
| NEUROLOGÍA..... | <input type="checkbox"/> |
| OFTALMOLOGÍA..... | <input type="checkbox"/> |
| PIROLOGÍA..... | <input type="checkbox"/> |
| PEGAGOLOGIA..... | <input type="checkbox"/> |
| TRABAJO SOCIAL..... | <input type="checkbox"/> |
| PEDAGOGÍA..... | <input type="checkbox"/> |
| TRABAJO SOCIAL..... | <input type="checkbox"/> |
| EVALUACIÓN DE APTITUDES Y DESARROLLO DE HABILIDADES PARA EL TRABAJO..... | <input type="checkbox"/> |
| CÁLANIS ACIÓN EXTERNA..... | <input type="checkbox"/> |

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD
SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN
PROGRAMA DE UNIDADES OPERATIVAS.

TENANCINGO, ESTADO DE MÉXICO A _____ DE _____ DEL 2013

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 el 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 la Unidad de Rehabilitación e Integración Social, presentarme con **Carnet** vigente y acudir a todos los servicios donde me envíen. Así mismo, tengo el derecho a acudir con Médico responsable en esta Unidad de Rehabilitación para que aclare mis dudas, en el consultorio y horarios correspondientes.

PACIENTE

Nombre: _____

Diagnostico: _____

Edad: _____ Sexo: _____ No. de Expediente: _____

Domicilio: _____

Colonia

C.P.

Teléfono

MEDICO

Nombre del Médico responsable: _____

Cargo

Cedula Profesional

TESTIGO

Nombre: _____ Edad: _____ Parentesco: _____

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL MÉDICO

FIRMA DEL TESTIGO



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE /2013

EDAD

SEXO

NOTAS DE TERAPIA OCUPACIONAL

FECHA Y HORA	NOTAS



ESTADO DE MEXICO

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCION DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL
SUBDIRECCION DE REHABILITACION

INFORME PSICOLÓGICO

NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE

EDAD

SEXO

UNIDAD DE REHABILITACION
C.R.E.E. TOLUCA ESTADO DE MEXICO

ESTADO CIVIL

ESCOLARIDAD

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA DE INFORME

MOTIVO DE ESTUDIO

INSTRUMENTOS DE EVALUACION

RESULTADOS OBTENIDOS



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

HOJA DE ALTA

NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE

EDAD:

SEXO:

FECHA DE INGRESO:

UNIDAD DE REHABILITACION:

DIAGNOSTICO

SECUELAS

EXAMEN DE LABORATORIO

ESTUDIO DE GABINETE

MOTIVO DE ALTA

SERVICIOS OTORGADOS

ALTA PARA:



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE	
EDAD	SEXO

NOTAS MEDICAS

FECHA Y HORA	NOTAS



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE

EDAD

SEXO

NOTAS DE TERAPIA PSICOLÓGICA

FECHA Y HORA	NOTAS



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE	
EDAD	SEXO

NOTAS DE TERAPIA DE LENGUAJE

FECHA Y HORA	NOTAS



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE

EDAD

SEXO

NOTAS DE E.M.T.

FECHA Y HORA	NOTAS



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE

EDAD

SEXO

NOTAS DE TERAPIA FISICA

FECHA
Y
HORA

N O T A S



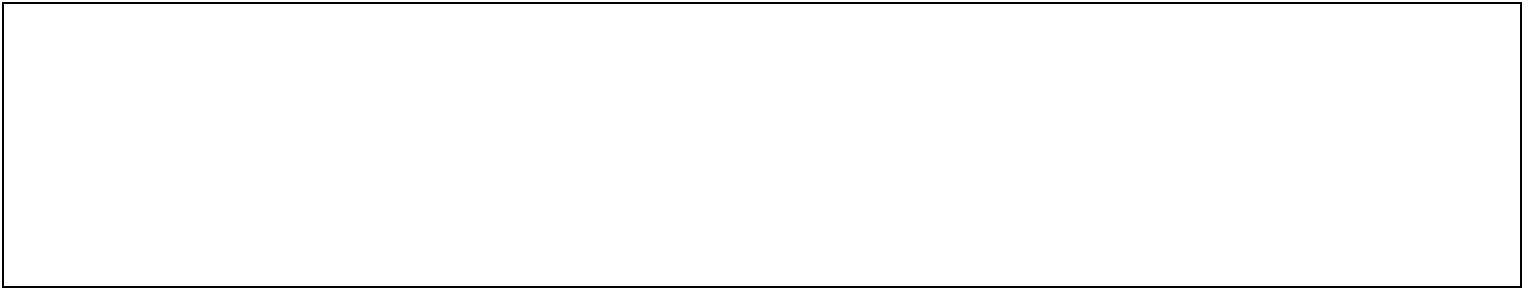
ESTADO DE MEXICO

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

TARJETON DE TERAPIAS

NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE	
EDAD:	SEXO:
FECHA DE INGRESO:	FECHA DE ALTA:
TERAPISTA:	
DIAGNOSTICO:	

NOMBRE	INDICACIONES





FECHA DIA MES AÑO	DIAGNOSTICO NOSOLOGICO Y DE INVALIDEZ	NOMBRE Y NO. DE CRED. DEL MEDICO

