**SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **HOJA FRONTAL** | |
|  | NOMBRE DEL PACIENTE. ${nombre} | |
|  | No. DE EXPEDIENTE. ${numero\_expediente} | |
|  | EDAD: ${edad} años | SEXO: ${genero} |
|  | UNIDAD DE REHABILITACIÓN: **CRI ZITÁCUARO** | |
| FECHA  DIA MES AÑO | DIAGNOSTICO FISIOTERAPEUTICO | NOMBRE Y NÚMERO DE CÉDULA |
| ${fecha\_c} | ${diagnostico} | ${tratante}  ${cedula\_profesional} |

**UNIDAD DE ASISTENCIA E INTEGRACION SOCIAL**

**DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION**

**DIRECCION DE REHABILITACION**

**CRI ZITACUARO**

**H. ZITACUARO MICHOACAN, MEXICO A \_${dia\_fechac}\_\_ DE \_${mes\_fechac}\_ 2023**

HORA \_${hora\_fechac}\_

Yo \_${nombre\_responsable}\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por mi propio derecho o en representación del (la) menor o persona con discapacidad; \_\_${nombre}\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**USUARIO**

Nombre \_\_${nombre}\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diagnostico \_\_${diagnostico}\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad \_${edad}\_\_\_\_\_\_\_ Género \_\_${genero}\_\_\_\_\_\_\_\_ No.Expediente \_\_${numero\_expediente}\_\_

Domicilio \_\_${calle} ${colonia} ${codigopostal}\_\_${telefono}\_

Calle Colonia C.P Teléfono

CURP \_\_${curp\_persona} \_\_\_\_\_\_ INE \_\_${ine\_persona}\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TRATANTE**

Nombre del tratante: \_\_${tratante}\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula profesional: \_\_${cedula\_profesional}\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RESPONSABLE**

Nombre del responsable \_\_${nombre\_responsable}\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad \_\_${edad\_responsable}\_\_\_\_\_\_ Genero: \_\_${genero\_responsable}\_\_\_\_ No. Expediente \_\_${expediente\_responsable}\_\_\_\_

Domicilio \_\_${calle\_responsable} ${colonia\_responsable} ${codigo\_responsable}\_\_${telefono\_responsable}\_\_

Calle Colonia C.P Teléfono

**TESTIGO**

Nombre: \_\_${nombre\_testigo}\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad \_\_${edad\_testigo}\_\_ años Genero \_${genero\_testigo}\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_${telefono\_testigo}\_