



TRATAMIENTO DE REHABILITACION

REPORTE DE TERAPIA

FOLIO ASIGNADO: _____

ASEGURADORA: _____

UNIDAD MÉDICA: _____

LESIONADO: _____		APELLIDO PATERNO _____		APELLIDO MATERNO _____		EDAD: _____		SEXO: <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>MASCULINO</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>FEMENINO</td></tr></table>		<input type="checkbox"/>	MASCULINO	<input type="checkbox"/>	FEMENINO																	
<input type="checkbox"/>	MASCULINO																													
<input type="checkbox"/>	FEMENINO																													
SINIESTRO: _____		REPORTE: _____		PÓLIZA: _____																										
DIAGNÓSTICO CON EL QUE SE ENVIÓ A TERAPIA: _____						NÚMERO DE SESIONES PREVIAS: _____																								
MÉDICO QUE ENVÍA A TERAPIA: _____						FIRMA DEL MÉDICO QUE ENVÍA A TERAPIA: _____																								
FECHA	REHABILITADOR: _____					TIPO DE TERAPIA: _____																								
No. DE SESIÓN	ESCALA DE DOLOR: <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> NADA NO TOLERABLE					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ESCALA DE MEJORÍA: <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> NINGUNA MUCHA					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																					
OBSERVACIONES: _____																														
DURACIÓN	ACUDIO A CITA ANTERIOR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO FECHA: _____					FIRMA DEL REHABILITADOR AL CONCLUIR LA TERAPIA																								
FIRMA DEL PACIENTE AL CONCLUIR LA TERAPIA																														
FECHA	REHABILITADOR: _____					TIPO DE TERAPIA: _____																								
No. DE SESIÓN	ESCALA DE DOLOR: <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> NADA NO TOLERABLE					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ESCALA DE MEJORÍA: <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> NINGUNA					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																					
OBSERVACIONES: _____																														
DURACIÓN	ACUDIO A CITA ANTERIOR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO FECHA: _____					FIRMA DEL REHABILITADOR AL CONCLUIR LA TERAPIA																								
FIRMA DEL PACIENTE AL CONCLUIR LA TERAPIA																														
FECHA	REHABILITADOR: _____					TIPO DE TERAPIA: _____																								
No. DE SESIÓN	ESCALA DE DOLOR: <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> NADA NO TOLERABLE					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ESCALA DE MEJORÍA: <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> NINGUNA					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																					
OBSERVACIONES: _____																														
DURACIÓN	ACUDIO A CITA ANTERIOR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO FECHA: _____					FIRMA DEL REHABILITADOR AL CONCLUIR LA TERAPIA																								
FIRMA DEL PACIENTE AL CONCLUIR LA TERAPIA																														
FECHA	REHABILITADOR: _____					TIPO DE TERAPIA: _____																								
No. DE SESIÓN	ESCALA DE DOLOR: <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> NADA NO TOLERABLE					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ESCALA DE MEJORÍA: <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> NINGUNA					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																					
OBSERVACIONES: _____																														
DURACIÓN	ACUDIO A CITA ANTERIOR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO FECHA: _____					FIRMA DEL REHABILITADOR AL CONCLUIR LA TERAPIA																								
FIRMA DEL PACIENTE AL CONCLUIR LA TERAPIA																														
FECHA	REHABILITADOR: _____					TIPO DE TERAPIA: _____																								
No. DE SESIÓN	ESCALA DE DOLOR: <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> NADA NO TOLERABLE					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ESCALA DE MEJORÍA: <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> NINGUNA					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																					
OBSERVACIONES: _____																														
DURACIÓN	ACUDIO A CITA ANTERIOR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO FECHA: _____					FIRMA DEL REHABILITADOR AL CONCLUIR LA TERAPIA																								
FIRMA DEL PACIENTE AL CONCLUIR LA TERAPIA																														

ESTIMADO PACIENTE: Les rogamos firmar únicamente al recibir CADA UNA de las sesiones de rehabilitación. Cualquier anomalía favor de reportarla al (55) 19 95 07 07 o al 01-800-3-MEDICA. GRACIAS!