

UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN




SRA. GRACIELA PINTADO DE MADRAZO

Unidad Básica de Rehabilitación (UBR).

La Unidad de Terapia Infantil “Sra. Graciela Pintado de Madrazo” brinda terapias apropiadas que permitan al paciente recuperar sus capacidades físicas por medio de técnicas, terapias, hidroterapias, electroterapias, mecanoterapias y programas de ejercicios.

- Proporcionar terapias de lenguajes a todas aquellas personas de diferentes edades.
- Apoyo psicológico para aquellos pacientes que debido a su discapacidad presenten, transitoria o permanente, un estado depresivo y/o crisis nerviosa.
- Las demás que en el ámbito de su competencia le delegue la superioridad.

“2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal”

 GOBIERNO DEL ESTADO DE TABASCO	 DIF Desarrollo Integral de la Familia
DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA COORDINACIÓN DE DISCAPACIDAD	
A quien corresponda Presente.	
El que suscribe médico cirujano legalmente autorizado para ejercer con Cedula Profesional Núm. 452030, hace constar que la (el) C. _____	
Presenta una discapacidad de tipo:	
<input type="checkbox"/> Neuromotora <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Muscoesquelética <input type="checkbox"/> Visual	
De grado: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	
Causado por: <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Congénita <input type="checkbox"/> Hereditaria <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Violencia <input type="checkbox"/> Otra	
Con inicio de su enfermedad desde: _____ Determinándose la discapacidad desde: _____ con diagnostico actual de: _____	
Amerita uso de Ortesis (<input type="checkbox"/>) Prótesis (<input type="checkbox"/>)	
ESPECIFICAR	
Para uso de tipo _____ se extiende la presente a los _____ días del mes de _____ del año _____, en la ciudad de Tenosique de Pino Suarez, Tabasco.	
Atentamente: _____	
	

“2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal”

Coordinación de Discapacidad
“Unidad Básica de Rehabilitación”

Nombre:

Fecha:

Edad:

Sexo:

HISTORIA CLINICA

INTERROGATORIO:	DIRECTO: <input checked="" type="checkbox"/>	INDIRECTO: <input type="checkbox"/>
ANTECEDENTES:	PERSONALES NO PATOLOGICOS:	
PERSONALES PATOLOGICOS:		
HEREDO-FAMILIARES:		
HISTORIA DEL PADECIMIENTO ACTUAL:		
INTERROGATORIO:	APARATOS Y SISTEMAS:	
DIAGNOSTICO PREVIO:		
ESTUDIOS REALIZADOS:	RESULTADOS:	



“2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal”

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

“UNIDAD BASICA DE REHABILITACIÓN”

ESTUDIO SOCIAL

NOMBRE:		No. de Expediente:		
Edad:	Sexo:	Edo. Civil:	Fecha de Estudio:	
Escolaridad:		Ocupación:	Teléfono del Trabajo:	
Domicilio:		Teléfono del Domicilio:		
Ubicación Calles Transversales:		Calles Paralelas:		
Entidad Federativa:		Código Postal:		
Servicio:		No. de Ingreso:		
Motive del Estudio:				
Nombre del Entrevistado:		Parentesco o Relación:	Edad:	
ESTRUCTURA FAMILIAR				
Miembro de la Familia Nombre	Parentesco	Edad	Edo. Civil	Ocupación Escolaridad

"2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal"



DATOS ECONOMICOS			
INGRESOS		EGRESOS	
Nombre		Renta o Pago de Casa	
Madre		Alimentación - Vestido	
Hermano		Agua, Luz y Teléfono	
Minusválido		Educación	
Esposo (a)		Pasajes	
Otros		Abonos	
		Otros	
Total de Ingresos:		Total de Egresos:	
Tipo de Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Comedor <input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Sanitarios SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tipo: _____ Animales Domésticos: _____ Otros: _____			
Accesibilidad para Deambulación del Minusválido:			
Accesibilidad Deportiva y Cultural del Minusválido y su familia:			
Problemas Familiares, Económicos y de Comunicación por la Familia:			
Recursos Familiares que pueden contribuir a la Rehabilitación del Minusválido:			
Ocupación del Tiempo libre del Minusválido:			
Nombre, Firma y No. de Credencial:			

“2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal”

Nombre	Parentesco	Edad	Edo. Civil	Ocupación Escolaridad
Miembros separados:				
Observaciones de la Relación Familiar:				
Descripción del Problema de Minusvalía:				
A que lo atribuye la familia y que importancia le da:				
Esfuerzo realizada por la familia para resolver el problema del minusválido:				
Actitud de la familia antes el Minusválido:				
Repercusión de la Minusvalía en el medio familiar y extrafamiliar:				
Dinámica Familiar, Comunicación, Normas, Valores, Religión, Otros.				



“2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal”

 TENOSIQUE GOBIERNO MUNICIPAL		 DIF Desarrollo Integral de la Familia		REGISTRO DIARIO DE TERAPIA FISICA			
CLAVE DEL CENTRO		NOMBRE DEL CENTRO DE REABILITACION: UNIDAD BASICA DE REHABILITACION			FECHA (AÑO/MES) 2013		
NO. DE CREDENCIAL		NOMBRE: (APELLIDO PATERNO / APELLIDO MATERNO / NOMBRES)					
NO. DE EXPEDIENTE	TIPO	A T E N C I O N					
	1 1ª VEZ 2 SUBSEC	HIDROTERAPIA	ELECTROTERAPIA	MECANOTERAPIA	PROGRAMA DE CASA	ORIENTACION Y MOVILIDAD	OTRA

