

CUESTIONARIO PARA LA DETECCION DE ALTERACIONES INVALIDANTES

Estado:	Municipio:	Localidad:
---------	------------	------------

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1.- Alguna persona que vive en esta casa tiene problemas para: | SI | NO |
| a) Caminar o mover una o más partes del cuerpo | () | () |
| b) Hablar | () | () |
| c) Oír | () | () |
| d) Ver | () | () |
| e) Aprender | () | () |
| 2.- Este problema se presento por: | | |
| a) Enfermedad | () | () |
| b) Accidente | () | () |
| c) Al nacimiento | () | () |
| 3.- Tiene problemas para mover o le falta alguno de sus brazos, manos o dedos. | () | () |
| 4.- Tiene problemas para mover o le falta alguna de sus piernas o pies. | () | () |
| 5.- No habla o tiene dificultad para decir algunas palabras | () | () |
| 6.- Tiene dificultad para aprender, comunicar sus ideas o su comportamiento no es igual al de los demás. | () | () |
| 7.- Se tardo más que otros niños de su edad para moverse, caminar o hablar | () | () |
| 8.- La persona que tiene el problema sabe leer y escribir | () | () |

NOMBRE DE LA PERSONA AFECTADA: _____

EDAD: _____ SEXO: MASCULINO () FEMENINO ()

DOMICILIO: _____

(Calle, número, colonia, barrio y sección y código postal)

Nombre del promotor

Coordinación de Discapacidad

“Unidad de Terapia Infantil”

HOJA FRONTAL
DIAGNOSTICO

Nombre y nº de expediente:

Edad:

Sexo:

Unidad de rehabilitación:

Fecha Día-Mes-Año	Diagnostico nosológico y de invalidez	Nombre y nº. De credencial del médico tratante
		DRA. MIRTA AGUILERA RAMOS CED. PROF. 452030

Coordinación de Discapacidad

“Unidad de Terapia Infantil”

TERJETON UNICO DE TERAPIAS

NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE:

EDAD:

SEXO:

FECHA DE INGRESO:

FECHA DE ALTA:

TERAPISTA:

DIAGNOSTICO:

FECHA	INDICACIONES

Coordinación de Discapacidad

“Unidad de Terapia Infantil”

NOMBRE Y No. DE CREDENCIAL

EDAD:

SEXO:

NOTAS DE TERAPIA FISICA

FECHA Y HORA	NOTAS

<p align="center">Coordinación de Discapacidad</p> <p align="center">"Unidad de Terapia Infantil"</p> <p align="center">TENOSIQUE, TABASCO.</p>	NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE	
	EDAD:	SEXO:
	UNIDAD DE REHABILITACION:	
HOJA DE ALTA:	FECHA DE INGRESO:	
DIAGNOSTICO FINAL:		
SECUELA:		
EXAMEN DE LABORATORIO:		
ESTUDIO DE GABINETE:		
MOTIVO DE ALTA:		
SERVICIOS OTORGADOS:		
ALTA PARA:	FECHA DE ALTA:	NOMBRE Y FIRMA Y No. DE CREDENCIAL

Coordinación de Discapacidad

“Unidad de Terapia Infantil”

NOMBRE Y No. DE CREDENCIAL

EDAD:

SEXO:

NOTAS MEDICAS

FECHA Y HORA	NOTAS

