



## 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 n° de expediente:

Edad:

Sexo:

Unidad de rehabilitación:

Fecha Día-Mes-Año	Diagnostico nosológico y de invalidez	Nombre y n°. De credencial del médico tratante

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

# Coordinación de Discapacidad

“Unidad de Terapia Infantil”

NOMBRE Y No. DE CREDENCIAL

EDAD:

SEXO:

## NOTAS MEDICAS

FECHA Y HORA	NOTAS

