Coordinación de Discapacidad	Nombre:						
"Unidad Básica de Rehabilitación"	Edad:	Sexo:					
	Ocupación:						
HOJA DE PREVALORACIÓN	Enviado por:						
	Domicilio:						
	Fecha:						
Canalización:							
Se sugiere valoración por:							
Medicina de rehabilitación Comunicación humana Ortopedia Pediatría Neurología Oftalmología Psicología Pedagogía Trabajo social							
Evaluación de aptitudes y desarrollo de habilidades para el Canalización externa	trabajo (EADHT)						

CUESTIONARIO PARA LA DETECCION DE ALTERACIONES INVALIDANTES

do:	Municipio:	Localida	ad:	
1 Alguna persona que vi	ve en esta casa tiene problemas	s 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 prese	ento por:			
a) Enfermedad		()	()
b) Accidente		()	()
c) Al nacimiento		(()	()
3 Tiene problemas para	mover o le falta alguno de sus b	razos,		
manos o dedos.		(()	()
4 Tiene problemas para	mover o le falta alguna de sus p	oiernas		
o pies.		(()	()
5 No habla o tiene dificu	ltad para decir algunas palabras	s (()	()
6 Tiene dificultad para a	orender, comunicar sus ideas o	su		
comportamiento no es igu	ual al de los demás.	(()	()
7 Se tardo más que otro	s niños de su edad para movers	e, caminar		
o hablar		(()	()
8 La persona que tiene e	l problema sabe leer y escribir		()	()
9Recibe atención en reh	abilitación		()	()
10La persona que tiene	el problema trabaja actualment	re	()	()
NOMBRE DE LA PERSO	DNA AFECTADA:			
EDAD:				EMENINO ()
		, ,	' '	
(Calle	, número, colonia, barrio y	seccion y c	codi	go postal)

Coordinación de	Discapacidad	Nombre y n° de expediente:								
"Unidad Básica de Re	habilitación"									
HOJA FRON DIAGOSTIC		Edad:	Sexo:							
		Unidad de rehabil	litación:							
Fecha Día-Mes-Año	Diagnostico nosológico y o	de invalidez	Nombre y nº. De credencia del médico tratante							

Coordinación d "Unidad Básica de	le Discapacidad e Rehabilitación"	NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE: EDAD: SEXO: FECHA DE INGRESO: FECHA DE ALTA:								
TERJETON UNIC	O DE TERAPIAS	TERAPISTA:								
		DIAGNOSTICO:								
FECHA		INDICACIONES								

															II	NDI	CAC	CIO	NES	S											
DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
MES																															
ENERO																															
FEBRERO																															
MARZO																															
ABRIL																															
MAYO																															
JUNIO																															
JULIO																															
i .																															
AGOSTO																															
AGOSTO SEPTIEMBRE																															
SEPTIEMBRE																															

NOMBRE Y No. DE CREDENCIAL EDAD: SEXO:											
NOTAS DE TERAPIA FISICA											
NOTAS											
	EDAD:										

		NOMBRE Y No.	DE EXPEDIENTE
Coordinación de Discapa	acidad	EDAD:	SEXO:
"Unidad Básica de Rehabilitaci	ión"	UNIDAD DE REH	 ABILITACION:
TENOSIQUE, TABASCO.			
HOJA DE ALTA:		FECHA DE INGRI	ESO:
DIAGNOSTICO FINAL:			
SECUELA:			
EXAMEN DE LABORATORIO:			
ESTUDIO DE GABINETE:			
MOTIVO DE ALTA:			
WOTIVO DE ALTA:			
SERVICIOS OTORGADOS:			
	I -		
ALTA PARA:	FECHA DE ALTA:		NOMBRE Y FIRMA Y No. DE CREDENCIAL

	nación de Discapacidad d Básica de Rehabilitación"	NOMBRE Y No. DE CREDENCIAL							
Official	d basica de Renabilitación	EDAD:	SEXO:						
	NOTAS MEDICAS								
FECHA Y HORA		NOTAS							