



PUEBLA
Gobierno del Estado
2024 - 2030

Familias
Sistema Estatal DIF

UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD
DIRECCIÓN DE INCLUSIÓN Y REHABILITACIÓN SOCIAL
DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN - PROGRAMA DE UNIDADES BÁSICAS
DE REHABILITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL



FORMATO DE ASISTENCIA PARA TERAPIA

NOMBRE PACIENTE: _____

TERAPIA LENGUAJE

MES / DÍA	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ENERO																															
FEBRERO																															
MARZO																															
ABRIL																															
MAYO																															
JUNIO																															
JULIO																															
AGOSTO																															
SEPTIEMBRE																															
OCTUBRE																															
NOVIEMBRE																															
DICIEMBRE																															

TERAPIA PSICOLOGÍA

MES / DÍA	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ENERO																															
FEBRERO																															
MARZO																															
ABRIL																															
MAYO																															
JUNIO																															
JULIO																															
AGOSTO																															
SEPTIEMBRE																															
OCTUBRE																															
NOVIEMBRE																															
DICIEMBRE																															

No. EXP.	NOMBRE	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
T. L.						
PSIC.						

FORMATO DE ASISTENCIA PARA TERAPIA

202

NOMBRE PAC: _____

TERAPIA FÍSICA

MES / DÍA	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ENERO																																
FEBRERO																																
MARZO																																
ABRIL																																
MAYO																																
JUNIO																																
JULIO																																
AGOSTO																																
SEPTIEMBRE																																
OCTUBRE																																
NOVIEMBRE																																
DICIEMBRE																																

TERAPIA OCUPACIONAL

MES / DÍA	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ENERO																																
FEBRERO																																
MARZO																																
ABRIL																																
MAYO																																
JUNIO																																
JULIO																																
AGOSTO																																
SEPTIEMBRE																																
OCTUBRE																																
NOVIEMBRE																																
DICIEMBRE																																

	No. EXP.	NOMBRE	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
T. F.							
T. O.							



PUEBLA
Gobierno del Estado
2024 - 2030

Familias
Sistema Estatal DIF

UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD
DIRECCIÓN DE INCLUSIÓN Y REHABILITACIÓN SOCIAL
DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN - PROGRAMA DE UNIDADES BÁSICAS
DE REHABILITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL



NOTAS DE TERAPIA

NOMBRE PAC: _____ EDAD: _____

FECHA	NOTAS DE TERAPIA: <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> OCUPACIONAL <input type="checkbox"/> LENGUAJE <input type="checkbox"/> PSICOLOGÍA



FORMATO HOJA DE EVOLUCIÓN MÉDICA

CONSULTA EXTERNA

NOMBRE: _____ HOJA N°: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA DE INGRESO: _____ N° EXPEDIENTE: _____

FECHA	PESO	TALLA	SIGNOS VITALES

(DATOS QUE DEBEN CONTENER ESTE APARTADO: ESPECIFICACIÓN SI SE TRATA DE NUEVO INGRESO, NOTA MÉDICA, ID, TX, PLAN, CITA PRÓXIMA, FIRMA DEL MÉDICO, ALTA O ESPECIFICACIÓN AL EGRESO)



RESPOSIVA DEL TRATAMIENTO

HACE CONSTAR QUE EL (LA) C. _____
CON DOMICILIO EN _____
Y ORIGINARIO (A) DE _____ DE _____ AÑOS DE EDAD, CONESTADO CIVIL _____
DECLARA:

AL PERSONAL DE ESTE CENTRO DE REHABILITACIÓN DE ATENCIÓN ME COMPROMETO Y AUTORIZO QUE A MI HIJO(A) DE NOMBRE _____ DE _____ AÑOS DE EDAD:

1. SEA VALORADO CLÍNICAMENTE POR LOS SIGUIENTES SERVICIOS (PEDIATRÍA, REHABILITACIÓN, ESTOMATOLOGÍA, PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA).
2. DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO SE LE INDICARÁ TRATAMIENTO MÉDICO, TERAPIAS Y CANALIZACIÓN A OTRA DEPENDENCIA SEGÚN EL CASO.
3. ACUDIR PUNTUALMENE A LAS TERAPIAS ESTABLECIDAS, O EN CASO DE NO PRESENTARSE AVISAR, DESPUÉS DE 3 FALTAS SE LE DARÁ DE BAJA TEMPORAL O DEFINITIVA DEPENDIENDO EL CASO.
4. EN CASO DE UNA URGENCIA SE TRASLADARÁ AL MENOR A OTRA INSTITUCIÓN MÉDICA COMPROMETIÉNDOSE A ASISTIR EN FORMA INMEDIATA EL FAMILIAR.
5. SE DARÁ AVISO A LAS AUTORIDADES CORRESPONDIENTES DE CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE.
6. DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN CASO DE PRESENTAR EL RIESGO DE SUBLUXACIÓN, LUXACIÓN, FRACTURA, ETC. EN TERAPIAS SE INFORMARÁ AL TUTOR.
7. DESLINDARÉ DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD AL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y MÉDICO DE LA INSTITUCIÓN.

H. PUEBLA DE ZARAGOZA A _____ DE _____ DEL 20 ____.

HORA: _____

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR



ESTUDIO SOCIO ECONÓMICO

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: _____ R.U.D.: _____ Tipo de apoyo: _____
 Nombre: _____ Edad: _____
 Estado civil: Soltero Casado Unión libre Viudo
 Fecha de nacimiento: _____ Sexo: F M Teléfono: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Domicilio actual: _____

2.- ESTRUCTURA FAMILIAR

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	INGRESOS
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$

INGRESO MENSUAL

Padre: \$ _____
 Madre: \$ _____
 Hijos: \$ _____
 Otros: \$ _____
 TOTAL: \$ _____

EGRESO MENSUAL

Alimentación: \$ _____
 Renta: \$ _____
 Combustible: \$ _____
 Agua: \$ _____
 Luz: \$ _____
 Transporte: \$ _____
 Otros: \$ _____
 TOTAL: \$ _____

3.- TIPO DE ALIMENTACIÓN

En que se basa su alimentación: _____

¿Cuántas veces al día consume sus Alimentos? _____

4.- TIPO DE VIVIENDA

Propia Rentada Prestada Casa Departamento Cuarto

Paredes: Ladrillo Adobe Lámina Otros

Techo: Colado Lámina Teja Vigas Otros

Piso: Lozeta Cemento Ladrillo Tierra Otros

Servicios Públicos con los que cuenta:

Agua potable Drenaje Luz Pavimento

5.- MOBILIARIO

N° de camas _____ N° de petates _____ N° de estufa _____ N° de refrigerador _____
 N° de lavadora _____ N° de licuadora _____ N° de televisor _____ N° de radio _____

ESTUDIO SOCIO ECONÓMICO

DX SOCIAL _____

PLAN SOCIAL Y TRATAMIENTO _____

OBSERVACIONES _____

La información que estoy proporcionando es verídica, sin tener inconveniente que se corrobore en cualquier momento.

NOMBRE

FIRMA

PARENTESCO

FIRMA TRABAJO SOCIAL

