



SISP-02

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS
REGISTRO DIARIO DE CONSULTA MÉDICA

Clave del Centro:	Nombre del Centro de Rehabilitación: Centro de Rehabilitación Integral "Sra. Olivia Miramontes Aguirre"	Fecha:
No. de Credencial: 23042	Nombre Completo del Médico: Gomez Galindo, Maria Teresa	Firma:

No. de Folio	No. de Expediente	Grupo por edad y sexo														Tipo de Consulta		Diagnóstico (CIE)		Discapacidad		Temporalidad de la Discapacidad		Tipo de Discapacidad				Causa de la Discapacidad										Motivo de la Alta													
		0-5		6-14		15-17		18-29		30-59		60-84		85 años y más		1a. Vez	Subs.	Descripción	Clave	SI	NO	Temporal (T)	Permanente (P)	Sensoriales y de la Comunicación				Motriz	Mental	Múltiples y Otras	Causa de la Discapacidad										Por Servicio				Definitiva						
		M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H									Ver	Oír	Hablar	Lenguaje				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
TOTAL																																																			

CONSULTA	1a. Vez	Subs.
Discapacidad		
Otras		