SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIF Nacional

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

SISP-01	**SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS** **REGISTRO DIARIO DE PRECONSULTA**	
Clave del Centro:	Nombre del Centro de Rehabilitación:	Fecha: (día/mes/año)
No. de Credencial:	Nombre Completo del Médico: (Apellido paterno, materno y nombre -s-)	Firma:

Nombre del Usuario	Municipio ó Delegación	Grupo por edad y sexo														Corresponde su Ingreso	
		0-5		6-14		15-17		18-29		30-59		60-84		85 años y más		Si	No
		M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H		
	TOTAL																