

**SISP-20**

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS  
REGISTRO DIARIO DE ACTIVIDADES DEL CENTRO DE TEGNOLOGÍA ADAPTADA

Clave del Centro:	Nombre del Centro de Rehabilitación:	Fecha:
No. de Credencial:	Nombre Completo de la Persona Asignada:	Firma:

No. de Folio	No. Expediente	Diagnóstico	Población atendida														Tipo de Consulta		Terapia	Áreas de atención			
			Grupo por edad y sexo																	Lenguaje Audición	Motora	Visual	Aprendizaje y cognición
			1-4		5-11		15-17		18-29		30-59		60-84		85 años y mas		1a. Vez	Subsc.					
			M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H							
TOTAL																							

CONSULTAS	1a. Vez	Subs.
Solicitaron		
Otorgados		