

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS  
REGISTRO DIARIO DE ELECTROMIOGRAFÍA

SISP-03

Clave del Centro:

Nombre del Centro de Rehabilitación:

Fecha:

No. de Credencial:

Nombre Completo del Médico:

Firma:

No.de Folio	No. de Expediente	Edad	Sexo		Estudio Realizado							
			M	F	Conducción Sensorial	Conducción Motora	Reflejo H	Respuesta F	Reflejo de parpadeo	Electromiografía	Otros	
		<b>TOTAL</b>										