



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL  
SUBDIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE	
EDAD	SEXO
UNIDAD DE REHABILITACIÓN	

**HOJA FRONTAL**

**DIAGNÓSTICOS**

FECHA DÍA MES AÑO	DIAGNOSTICO NOSOLÒGICO Y DE INVALIDEZ	NOMBRE Y No. DE CREDENCIAL DEL MEDICO TRATANTE

El diagnostico deberá contar con: Fecha y hora, Título, Nota y Firma del Médico.