



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

SUBDIRECCION DE REHABILITACION

## HOJA DE PREVALORACIÓN

NOMBRE	
EDAD	SEXO
OCUPACIÓN	
ENVIADO POR	
DOMICILIO	
TEL:	C.P.
FECHA Y HORA:	

### DIAGNÓSTICO MÉDICO:

DISCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> TEMPORAL	<input type="checkbox"/> PERMANENTE	
TIPO:	<input type="checkbox"/> MOTORA	<input type="checkbox"/> AUDITIVA	<input type="checkbox"/> LENGUAJE	<input type="checkbox"/> INTELLECTUAL	<input type="checkbox"/> VISUAL
GRADO:	<input type="checkbox"/> LEVE	<input type="checkbox"/> MODERADA	<input type="checkbox"/> SEVERA		

### REFERENCIA

### SE SUGIERE POR:

MEDICINA DE REHABILITACIÓN.....

COMUNICACIÓN HUMANA.....

ORTOPEDIA.....

PEDIATRÍA.....

NEUROLOGÍA.....

OFTALMOLOGÍA.....

PSICOLOGÍA.....

TRABAJO SOCIAL.....

REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN LABORAL.....

NOMBRE, FIRMA Y NO. DE CREDENCIAL DEL MÉDICO,

HORA