SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DIF Nacional

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN

SISP-12	**SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS** **REGISTRO DIARIO DE OPTOMETRÍA**	
Clave del Centro:	Nombre del Centro de Rehabilitación:	Fecha: (dìa/mes/año)
No. de Credencial:	Nombre Completo del Médico Optometrista :(Apellido paterno, materno y nombre -s-)	Firma:

No. de Folio	No. de Expediente	Grupo por edad y sexo														Tipo de Consulta		Acciones						Motivo de Alta			
		0-5		6-14		15-17		18-29		30-59		60-84		85 años y más		1a. Vez	Subsecuente	Agudeza Visual	Refracción	Lentes de Contacto	Protesis	Visión Subnormal	Terapia Visual	Por Servicio			
		M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H									Mejoria	Deser.	Felleci.	Refe.
	TOTAL																										

CONSULTA	1a. Vez	Subs.
Solicitadas		
Otorgadas		