





Dirección del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE)

**FORMATERIA DEL AREA MÉDICA PARA ACCEDER A LOS DIVERSOS SERVICIOS.**

  <p><b>CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL VILLAHERMOSA, TABASCO</b></p> <p><b>HOJA DE PREVALORACION</b></p>	NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE	
	EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
	OCUPACION Y ESCOLARIDAD	
	ENVIADO POR	
	DOMICILIO	
	FECHA:	
	CURP:	
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA		
CANALIZACION		
SE SUGIERE VALORACIÓN POR:		
MEDICINA DE REHABILITACION	<input type="checkbox"/>	
COMUNICACIÓN HUMANA	<input type="checkbox"/>	
ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/>	
PEDIATRA	<input type="checkbox"/>	
NEUROLOGIA	<input type="checkbox"/>	
OFTALMOLOGIA	<input type="checkbox"/>	
PSICOLOGIA	<input type="checkbox"/>	
PEDAGOGIA	<input type="checkbox"/>	
TRABAJO SOCIAL	<input type="checkbox"/>	
EVALUACION DE APTITUDES YDESARROLLO DE HABILIDADES PARA EL TRABAJO (EADHT)	<input type="checkbox"/>	
CANALIZACION EXTERNA	<input type="checkbox"/>	
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO		



**Llenado de la Hoja de Prevaloración:**

En este formato el primer recuadro lo llena con los datos generales del paciente el módulo de recepción para ingresar al paciente.

Posteriormente se le pasa al médico asignado que es el que diagnostica y refiere al paciente al tratamiento.



**Dirección del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE)**

 		NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE	
CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL VILLAHERMOSA, TABASCO		EDAD	SEXO
<b>HOJA FRONTAL</b>		UNIDAD DE REHABILITACION	
DIAGNOSTICOS			
FECHA DIA    MES    AÑO		DIAGNOSTICO NOSOLOGICO Y DE INVALIDEZ	NOMBRE Y No. DE CREDENCIAL DEL MEDICO TRATANTE

AVISO DE PRIVACIDAD

En cumplimiento con los lineamientos para la protección de datos personales en posesión de los sujetos obligados del Estado de Tabasco, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, comprometido con la protección de la privacidad de su información le informa que los datos personales proporcionados serán almacenados y tratados mediante el sistema REUSDAP (Registro Electrónico Único de Sistemas de Datos Personales), así mismo se hace de su conocimiento que podrá consultar el aviso de privacidad integral del Sistema DIF Tabasco en la página <http://dif.tabasco.gob.mx>

**Hoja Frontal:**

La hoja frontal es donde el medico redacta el diagnóstico y seguimiento del tratamiento de acuerdo a las consultas citadas.



**Dirección del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE)**

		<b>CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL</b> <b>SUBDIRECCION MEDICA</b> <b>C.R.E.E., VILLAHERMOSA, TAB.</b>	
FICHA DE IDENTIFICACION			
NOMBRE _____		FECHA DE ELAB. _____	
F. NAC. _____		SEXO _____	
HISTORIA CLINICA			
INTERROGATORIO DIRECTO _____		INDIRECTO _____	
ANTECEDENTES PERSONALES HEREDO FAMILIARES			
ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS			
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS			
HISTORIA DEL PADECIMIENTO ACTUAL			
INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS			
DIAGNOSTICOS PREVIOS			
TERAPEUTICA EMPLEADA			
RESULTADO DE ESTUDIOS REALIZADOS			

EXPLORACION FISICA GENERAL	
PA. _____	PESO _____
TALEA _____	
C.M.E.H.E.R.A. _____	
DESCRIPCION (CABEZA; CUELLO. MS. TORAX, ABDOMEN, COLUMNA. MS. INF	
DIAGNOSTICOS PREVIOS	
RESULTADO DE ESTUDIOS REALIZADOS	
TERAPEUTICA EMPLEADA	
DIAGNOSTICO ETIOLÓGICO	
PRONOSTICO	
TRATAMIENTO INTEGRAL	
AREA _____	NO SESIONES _____
RESPONSABLE (NOMBRE, FIRMA Y NO DE CECULA PROFESIONAL)	

**Historial Clínico:**

En este formato el medico tratante registran los antecedentes clínicos y patológicos de los familiares del paciente, así mismo se realiza una exploración física general del paciente y se anota en dicho formato.



# Dirección del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE)



CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL

VILLAHERMOSA TABASCO, A \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este conducto DOY MI CONSENTIMIENTO para recibir la valoración y el tratamiento medico de rehabilitación necesario, toda vez que el Medico responsable, me explique lo relacionado con mi padecimiento, el tipo de tratamiento que recibiré, las secuelas y posibles riesgos que pudiera presentar como consecuencia de mi padecimiento y del tratamiento de rehabilitación, así mismo autorizo al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del tratamiento. Me comprometo a RESPETAR las citas que me otorgue el CENTRO DE REHABILITACION, presentarme con el carnet vigente y acudir a todos los servicios a donde me envíen. Así mismo, tengo el derecho de acudir con mi medico responsable en este centro para que aclare mis dudas en el consultorio y horario correspondiente.

PACIENTE  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 DX DE PRIMERA VEZ \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ NO.DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

TESTIGO:  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 EDAD \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_  
 FIRMA : \_\_\_\_\_

MEDICO GENERAL  
 NOMBRE \_\_\_\_\_  
 CEDULA PROFESIONAL \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

MEDICO ESPECIALISTA (TRATANTE)  
 NOMBRE \_\_\_\_\_  
 CEDULA PROFESIONAL \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Av. periférico Carlos Pellicer Cámara s/n Arco Noreste  
 Col. Casa Blanca 2da, Secc. C.P.86060  
 Tel. 01(993)3580850  
 Villahermosa, Tabasco

### Carta de Consentimiento Informado:

Este formato lo llena el médico y consta en donde el paciente da su aprobación para recibir la valoración y tratamiento del médico.



Dirección del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE)



DIF TABASCO
CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL
RECETARIO MÉDICO

NUMERO DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_
PACIENTE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_
DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_ ATENCIÓN PRIMERA VEZ [ ] SUBSECUENTE [ ] OTRO [ ]

Table with columns for NOMBRE DEL MEDICO, CEDULA PROFESIONAL, FIRMA, ESTUDIOS DE IMAGEN (RX, TAC, ELECTROMIOGRAFIA), and ANALISIS CLÍNICOS.

AV. PERIFERICO CARLOS PELLICER CÁMARA SIN ARCO NORESTE, COL. CASA BLANCA 2DA SECCION C.P. 86060, TABASCO TEL. (993) 3 58 08 50

Recetario Medico:

Este formato es donde el doctor prescribe la dosis y cantidad de los medicamentos que requiere el paciente para su tratamiento adecuado.



# Dirección del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE)



CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL  
SUB DIRECCIÓN M  
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

### HOJA DE REFERENCIA

FECHA DE REFERENCIA \_\_\_\_\_ NO. DE CONTROL \_\_\_\_\_

NOMBRE(S) \_\_\_\_\_

NUMERO DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

DOMICILIO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

UNIDAD QUE REFIERE \_\_\_\_\_

UNIDAD A LA QUE REFIERE \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

SERVICIO AL QUE SE ENVIA \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA REFERENCIA:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

### HOJA DE CONTRARREFERENCIA

UNIDAD MEDICA QUE CONTRARREFIERE

NOMBRE \_\_\_\_\_

SERVICIO \_\_\_\_\_

MANEJO DEL PACIENTE

RESUMEN:

DIAGNOSTICO DE INGRESO:

DIAGNOSTICO DE EGRESO:

INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

MEDICO Y FIRMA DEL MEDICO QUE REFIERE

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE



NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

## Hoja de Referencia y Contra referencia:

Este sirve para enviar al paciente a las Unidades Básicas de Rehabilitación en los diversos municipios y/o diferentes hospitales del Estado.



## Dirección del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE)

 <b>Tabasco</b> cambia contigo	 <b>DIF Tabasco</b> Esfuerzo Compartido	NOMBRE Y N° DE EXPEDIENTE	
		EDAD	SEXO
		FECHA Y HORA DE ELABORACION	
		FECHA DE INGRESO	
		FECHA DE EGRESO	
		DIAS DE ESTANCIA EN LA UNIDAD	
EL PACIENTE HA REINGRESADO POR LA MISMA AFECCION EN EL AÑO SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>			
DIAGNOSTICO DE INGRESO (PRINCIPAL Y SECUNDARIOS)			
RESUMEN DE LA EVOLUCION Y ESTADO ACTUAL			
MANEJO:			
DIAGNOSTICO (S) FINAL (ES)			
MOTIVO DEL ALTA (MAXIMO BENEFICIO, POR MEJORIA, ALTA VOLUNTARIA, EXITUS)			
PROBLEMAS CLINICOS PENDIENTES			
PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO			
RECOMENDACIONES			
NOMBRE COMPLETO, CEDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL MEDICO			

### Hoja de Alta:

Este formato se utiliza cuando el paciente ya tiene una recuperación total y se da por terminado el tratamiento indicando en un pequeño resumen su evolución y Estado Actual de este.



**Dirección del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE)**



**CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL VILLAHERMOSA, TABASCO**

**SOLICITUD DE ESTUDIOS DE RAYOS "X"**

FECHA		
DIA	MES	AÑO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE:		No. DE EXP.	EDAD Y SEXO	
			M	F
APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRES		

AREA:	PREV.	MED. REHAB.	ORT.	AUD.	OTROS	URGENTE:	SI	NO
-------	-------	-------------	------	------	-------	----------	----	----

REGION ANATOMICA	PROYECCIONES	ESPECIFICACIONES	DIAGNOSTICO PROBABLE
CRANEO			
TORAX			
COLUMNA VERT.			
EXTREM. SUP.			
EXTREM. INF.			
OTROS			

PLACAS	8X10	10X12	14X14	14X17	TOTAL
UTILES					
INUTILES					

MEDICO SOLICITANTE

OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, FIRMA Y CED. PROF.



**Solicitud de Rayos "X":**

En esta solicitud el médico tratante indica el tipo de placa radiológica cuando el paciente lo requiere a fin de corroborar o descartar el diagnostico.





# Dirección del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE)

  CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL CREE, VILLAHERMOSA, TABASCO		Nombre y No. de Expediente	
		EDAD	SEXO
NOTAS DE EVOLUCION			
<input type="checkbox"/> MEDICA		<input type="checkbox"/> PSICOLOGICA	<input type="checkbox"/> F. FISICA
		<input type="checkbox"/> L. LENGUAJE	<input type="checkbox"/> O. OCUPACIONAL
		<input type="checkbox"/> OTRA	
FECHA Y HORA	NOTAS		

FECHA Y HORA	NOTAS

### Nota de Evolución:

Este formato el medico lo utiliza para ir describiendo el progreso del paciente que va obteniendo con las diversas terapias.



# Dirección del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE)

## FORMATERIA DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL PARA ACCEDER A LOS DIVERSOS SERVICIOS.

ESTUDIO SOCIOECONOMICO			
Fecha:	Hora:	No. de Expediente:	
A: DATOS GENERALES			
Nombre:	Edad:	Sexo:	
Domicilio:	Municipio:	Estado:	
Estado Civil:	Escolaridad:	Ocupación:	
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:		
B: DATOS DEL INFORMANTE			
Nombre:	Edad:	Sexo:	
Parentesco:	Domicilio:	Teléfono de casa:	
Municipio:	Estado:	Teléfono de celular:	
C: SITUACIÓN ECONÓMICA:			
Cual es el gasto mensual (Agua, Luz, Teléfono, Alimentos, etc.?)	§		
Cuanto Gana Mensualmente?	§		
Trabaja en:	Servicios Médicos: Subrogados: Si ( ) No ( )		
D: CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA:			
Casa Propia: ( )	Renta: ( )	Prestada: ( )	
Barreras Arquitectónicas:	Numero de Focos:	No. de Cuartos	
Especifique las características de la vivienda:			
E: DATOS DEL GRUPO FAMILIAR:			
Tipo de Familia:			
No. de Integrantes: Padre ( ) Madre ( ) Hijo ( ) Otro ( )			
Tipo de Relación: Favorable ( ) Desfavorable ( )			

F: NIVEL DE CLASIFICACIÓN					
1	2	4	5	6	EXENTO
Especifique la Razón de Exento:					

OBSERVACIONES:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Nombre y Firma del Paciente  
o Responsable

Nombre y Firma de  
la Trabajadora Social

Nombre y Firma de la Jefa del Departamento de Trabajo Social

### Estudio Socioeconómico:

La trabajadora Social realiza una entrevista al paciente donde le solicita diversa información como Datos Generales, Datos del Informante, Situación Económica familiar, Características de la Vivienda, esto con la finalidad de establecer un nivel socioeconómico ya que de acuerdo a dicho nivel pagara los diferentes servicios que requiera.



## Dirección del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE)

		DIF TABASCO CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS
FORMATO DE APOYO DE ATENCIONES MÉDICAS Y/O TRATAMIENTOS		FOLIO _____
FECHA: _____		
NOMBRE DEL PACIENTE: _____		
NO. DE EXPEDIENTE: _____		
DIAGNOSTICO: _____		
NOMBRE DEL FAMILIAR RESPONSABLE: _____		
IDENTIFICACION: _____		
OBSERVACIONES: _____		
CUENTA TOTAL: _____		
SE LE AUTORIZA PAGAR: _____		
NOMBRE DE LA PERSONA QUE AUTORIZA: _____		
FIRMA: _____		
OBSERVACIONES DE AUTORIZACION: _____		

### Formato de Apoyo de Atenciones Médicas y/o tratamientos (Exentos de Pago):

Este formato lo llena la Trabajadora Social cuando el paciente procede de alguna de las direcciones pertenecientes a DIF. (Casa del Árbol, Casa Hogar), así como también del CRESET. Esto con la finalidad de condonar el pago de los diferentes servicios, este únicamente puede ser autorizado por la Directora del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE).



Dirección del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE)



CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

## CONSTANCIA

A QUIEN CORRESPONDA:

La que suscribe Trabajadora Social del Centro de Rehabilitación y Educación Especial HAGO CONSTAR, que el Paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ con No. de Expediente \_\_\_\_\_ asistió a consulta al servicio de \_\_\_\_\_ en el horario de: \_\_\_\_\_

A petición de la parte interesada y para los usos que estime convenientes se extiende la presente a los \_\_\_\_\_ días, del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en la ciudad de Villahermosa, capital del Estado de Tabasco.

Atentamente

Vo. Bo.

\_\_\_\_\_  
Coordinadora del Área de Trabajo Social

### Constancia:

Este se llena cuando el paciente tiene que constatar las horas que permaneció en el Centro de Rehabilitación Especial a fin de justificar estas en su centro de Trabajo o Escuela.










Dirección del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE)

 DIF TABASCO CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL VILLAHERMOSA, TABASCO.	Nombre y No. De Expediente	
	EDAD	SEXO
NOTAS DE TERAPIA FISICA		
FECHA Y HORA	NOTAS	

FECHA Y HORA	NOTAS

**Notas de Terapia Física:**

En este formato el terapeuta físico anota la evolución del paciente a fin de que el medico tenga conocimiento de su avance y pueda indicar un nuevo tratamiento o alta del paciente. Este formato se ingresa al expediente clinico.





Dirección del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE)

## FORMATO DEL AREA DE LABORATORIO ORTOPEDICO PARA ACCEDER A LOS DIVERSOS SERVICIOS



C.R.E.E.  
CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL

ORDEN DE PAGO DE CAJA DE LABORATORIO ORTOPEDICO

NO. DE EXPEDIENTE. \_\_\_\_\_ FECHA. \_\_\_\_\_

NOMBRE. \_\_\_\_\_

RECIBO. \_\_\_\_\_

EDAD. \_\_\_\_\_

DOMICILIO. \_\_\_\_\_ TELEFONO. \_\_\_\_\_

PRESCRIPCION DE PROTESIS, ORTESIS Y ZAPATERIA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No. \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE

FIRMA DEL CAJERO

FECHA DE ENTREGA PROBABLE

COORDINADOR DEL TALLER DE  
ORTESIS Y PROTESIS

### Orden de Pago de Caja de Laboratorio Ortopédico.

Esta orden la elabora el Laboratorio Ortopédico, cuando el médico tratante indica que el paciente requiere una prótesis, ortesis o zapatería. En este van las especificaciones de elaboración del trabajo así como precio del mismo.