





Dirección del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE)

FORMATERIA DEL AREA MÉDICA PARA ACCEDER A LOS DIVERSOS SERVICIOS.

  <p>CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL VILLAHERMOSA, TABASCO</p> <p>HOJA DE PREVALORACION</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
HOJA FRONTAL		UNIDAD DE REHABILITACION	
DIAGNOSTICOS			
FECHA			NOMBRE Y No. DE CREDENCIAL DEL MEDICO TRATANTE
DIA	MES	AÑO	
DIAGNOSTICO NOSOLOGICO Y DE INVALIDEZ			

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://diftabasco.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)

 	
CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL SUBDIRECCION MEDICA C.R.E.E., VILLAHERMOSA, TAB.	
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 _____	TALLA _____
LMBHERESA _____		
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



		ESTUDIOS DE IMAGEN	
		RX <input type="checkbox"/>	
		TAC <input type="checkbox"/>	
		ELECTROMIOGRAFIA <input type="checkbox"/>	
		ANALISIS CLÍNICOS	
NOMBRE DEL MEDICO	CEDULA PROFESIONAL	FIRMA	
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)

  <p>CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL SUB DIRECCIÓN MÉDICA</p> <p>HOJA DE ALTA</p>	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)

 		Nombre y No. de Expediente	
CENTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL CREE, VILLAHERMOSA, TABASCO		EDAD	SEXO
NOTAS DE EVOLUCION			
<input type="checkbox"/> MEDICA		<input type="checkbox"/> PSICOLOGICA	
<input type="checkbox"/> T. FISICA		<input type="checkbox"/> T. LENGUAJE	
<input type="checkbox"/> T. 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)

		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.