

CARNET DE CITAS

NOMBRE DE PACIENTE

No. DE EXPEDIENTE

**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE SONORA**
CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL
HERMOSILLO, SONORA
TEL. (662) 215-76-16

64-APD-P14-R03/Rev.01

No. DE CREDENCIAL: _____

FIRMA: _____

NIVEL: _____

TERAPIAS	Día	Mes	Hora												
Terapia Física															
Terapia Ocupacional															
Terapia de Lenguaje															
Programa de Estimulación Temprana															
Terapia Psicológica															
Orientación Social															

ESTUDIO DE GABINETE

Día	Mes	Hora	Tipo de Estudio

OTROS:

PRÓTESIS Y ORTESIS

Elaboración <input type="checkbox"/>	Reparación <input type="checkbox"/>	
Prótesis <input type="checkbox"/>	Ortesis <input type="checkbox"/>	Férula <input type="checkbox"/>
Extremidad Torácica <input type="checkbox"/> Extremidad Pélvica <input type="checkbox"/>	Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/>	

