



DIRECCIÓN DE BIENESTAR SOCIAL  
SUBDIRECCIÓN DE SALUD  
COORDINACIÓN DE REHABILITACIÓN  
EXPEDIENTE CLÍNICO

AREA:.....  
NUMERO:.....

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre.....  
Sexo..... Edad..... Fecha de nacimiento..... CURP.....  
Domicilio..... Teléfono.....  
Fecha..... Entrevista..... Entrevistado.....  
Elaboró.....

**MOTIVO DE CONSULTA**

.....  
.....  
.....

**ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES**

Madre	Padre
Abuelo	Abuelo
Abuela	Abuela
# Hermanos	

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS**

Ocupación	Escolaridad	Lateralidad	Ocio	Deporte
Alimentación	Nivel socioeconómico	Dependientes o responsables	Redes familiar y/o social	Servicios de salud
Vivienda	Habitaciones	Servicios	# de personas	Animales

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

Cirugías	Traumatismos	Alergias	Toxicomanías
Medicamentos	Vacunas	Otros	

**PADECIMIENTO ACTUAL**

.....  
.....  
.....

MANEJO PREVIO.....  
.....



DIRECCIÓN DE BIENESTAR SOCIAL  
SUBDIRECCIÓN DE SALUD  
COORDINACIÓN DE REHABILITACIÓN  
EXPEDIENTE CLÍNICO

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

Postura	V. Anterior	V. Lateral	V. Posterior	Columna
Marcha				
Miembros inferiores				
Miembros				
AVDH				
Dolor	Sensibilidad		Reflejos	
Pruebas especiales				

**DIAGNÓSTICO** .....

**TRATAMIENTO INTEGRAL**

Objetivo
Procedimiento
Fecha de revaloración

AUTORIZACIÓN PARA DATOS SENSIBLES

Para la gestión de mi **SERVICIOS DE REHABILITACIÓN EXPEDIENTE CLÍNICO ADULTO**, hago constar que he leído el **Aviso de Privacidad** de este escrito y manifiesto con mi firma de aceptación que autorizo al Municipio de Mérida, para que los datos considerados como sensibles se utilicen únicamente para los fines señalados en mi solicitud.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA



**DIRECCIÓN DE BIENESTAR SOCIAL  
SUBDIRECCIÓN DE SALUD  
COORDINACIÓN DE REHABILITACIÓN  
EXPEDIENTE CLÍNICO**

FECHA / ÁREA	NOTAS / TERAPEUTA



## AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO: SERVICIOS DE REHABILITACIÓN EXPEDIENTE CLÍNICO ADULTO

El Municipio de Mérida, Yucatán, a través de su la Dirección de Bienestar Social, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporciona; NOMBRE, SEXO, EDAD, FECHA DE NACIMIENTO, CURP, DOMICILIO, FECHA, MOTIVO DE CONSULTA, ANTECEDES HEREDO-FAMILIARES, ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, PADECIMIENTO ACTUAL, MANEJO PREVIO, EXPLORACIÓN FISICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL.

Los datos personales que recabamos de usted, en el presente formato, los utilizaremos para las siguientes finalidades:

- Dar seguimiento a su solicitud de consulta.
- elaboración de expediente.
- Hoja de referencia (en su caso)

De manera adicional, utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades que no son necesarias, pero que nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención:

- elaboración de indicadores y gráficas.

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para las finalidades adicionales, usted puede manifestarlo mediante escrito libre ante la Unidad de Transparencia, ubicada en la calle cincuenta número cuatrocientos setenta y uno por cincuenta y uno y cincuenta y tres, colonia Centro de esta ciudad de Mérida, en el horario de 8:00 am a 2:00 pm, previamente al tratamiento de los mismos.



Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede usted hacer valer, puede acceder a aviso de privacidad integral a través de la siguiente dirección electrónica: [www.merida.gob.mx/avisodirecciones](http://www.merida.gob.mx/avisodirecciones) o escaneando el siguiente código QR:

### AUTORIZACIÓN PARA DATOS SENSIBLES

*Para la gestión de mi **SERVICIOS DE REHABILITACIÓN EXPEDIENTE CLÍNICO ADULTO** solicitado, hago constar que he leído el **Aviso de Privacidad** de este escrito y manifiesto con mi firma de aceptación que autorizo al Municipio de Mérida, para que los datos considerados como sensibles se utilicen únicamente para los fines señalados en mi solicitud.*

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA

