

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ESPECIFICA TRATAMIENTO DE
ADICCIONES - DROGADEPENDENCIA

Nombre y Apellido:

Edad:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

DNI:

Nacionalidad:

En el caso de tutor sus datos

Diagnostico Presuntivo: según los ejes del DSM IV (marcar el/los que correspondan):

F11.2x (304.00) (Trastorno de dependencia de opiáceos)	
F12.2x (304.30) (Trastorno de dependencia de cannabis)	
F13.2 (304.10) (Trastorno de dependencia relacionado a sedantes hipnóticos, opiáceos o ansiolíticos).	
F14.2x (304.20) (Trastorno de dependencia de cocaína)	
F15.2x (304.40) (Trastorno de dependencia de anfetaminas)	
F16.2x (304.50) (Trastorno de dependencia de alucinógenos)	
F18.2x (304.60) (Trastorno de dependencia de Inhalantes)	
F19.2x (304.90) (Trastorno de dependencia de Fenciclidina)	
F19.2X (304.80) (Trastorno de dependencia de varias sustancias)	

Tratamiento Indicado:

Institución a la que es derivado (Razón social y domicilio):

Modalidad de concurrencia:

Modulo consulta y orientación:

Cantidad de sesiones requeridas (mínimo de 4 y máximo de 6 consultas):

Internación en comunidad terapéutica

Requieren más de 12 meses de esta prestación:

Justificar:

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ESPECIFICA TRATAMIENTO DE
ADICCIONES - DROGADEPENDENCIA

Tratamiento ambulatorio, Modalidad:	
Hospital de día 8 horas	
Hospital de medio día 4 horas	
Tratamiento ambulatorio de control y prevención de recaídas	
Hospital de noche:	
Tratamiento/s previo/s concluido/s:	
Presentan certificado de jornada laboral:	
Modulo de Internación Psiquiátrica.	
Si requieren más de UN (1) mes Justificar:	

Periodo de otorgamiento total solicitado: Especificar la cantidad de días en el caso de los meses no facturados por periodo completo:

Pronóstico y tiempo estimativo del tratamiento:

MÉDICO TRATANTE
Psiquiatra o Psicólogo

AUDITOR MÉDICO

..... de de 201.....

SEÑOR GERENTE DE PRESTACIONES
S/D

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., en calidad de
Beneficiario de O.S.P.C.y D. con registro n° a fin de
presentar mi conformidad expresa respecto al tratamiento que recibo.

Dicho tratamiento consiste en
....., llevándose a cabo en
....., por el período de

Atentamente.

Firma:

Aclaración:

D.N.I.:

Firma:

Sello Profesional: