

**Resumen de Historia Clínica específica tratamiento de Adicciones
Drogodependencia**

Hoja1

Lugar y fecha).....

Datos del afiliado Causante:

Nombre y Apellido:.....

Carnet de O.S.P.M. N°.....Edad:.....

Sexo:.....Fecha de Nacimiento:.....

DNI:.....Nacionalidad:.....

En el caso de corresponder, Completar datos del Tutor:

Nombre y Apellido:.....

DNI.....Nacionalidad.....

Domicilio.....Localidad.....

Provincia.....Teléfono.....

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 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:.....

Domicilio:.....

Localidad:.....Provincia:.....

Modalidad de concurrencia:.....

Modulo consulta y orientación:

(Cantidad de sesiones requeridas)

Internación en comunidad terapéutica:

Requiere más de 12 meses de esta prestación:

Justificar:.....

.....

Firma y sello

Medico tratante (Psicólogo o Psiquiatra)

Tratamiento ambulatorio. Modalidad:

Hoja 2

Hospital de día 8 horas	
Hospital de día 4 horas	
Tratamiento ambulatorio de control y prevención de recaídas	
Hospital de Noche:	
Tratamiento/s previo/s concluidos:.....	
.....	
Presentan certificado de jornada laboral:.....	

Modulo de Internación Psiquiátrica:

Si requiere 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 estimado del tratamiento:

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

.....
Firma y sello
Medico tratante (Psicólogo o Psiquiatra)