

# Resumen de Historia Clínica específica tratamiento de Adicciones

Lugar ..... Fecha

## Datos del Paciente

Nombre y apellido ..... Fecha de nacimiento

Nacionalidad ..... Edad  Sexo Fem.  Masc.  DNI

Si es necesario, Nombre y apellido del Tutor ..... DNI

## Diagnóstico Presuntivo Según los ejes del DSM IV (marcar ellos que correspondan)

- F11.2x(304.00)** Trastorno de dependencia de Opiáceos.
- F12.2x(304.30)** Trastorno de dependencia de Cannabis.
- F13.2x(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 Amfetaminas.
- 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 Feniclidina.
- F10.2x(304.80)** Trastorno de dependencia de varias sustancias.

## Tratamiento solicitado

Institución a la que es derivado .....

Domicilio de la Institución .....

Modalidad de Concurrencia .....

Módulo de Consulta y Orientación (mínimo 4 y máximo 6 consultas) .....

Internación en Comunidad Terapéutica .....

Requiere más de 12 meses de esta prestación  Justificar .....

## Modalidad del Tratamiento

Internación  Hospital de día 4 horas  Hospital de día 8 horas  Tratamiento Ambulatorio

## Tratamiento para el Control y Prevención de Recaídas

Internación  Hospital de día 4 horas  Hospital de día 8 horas  Tratamiento Ambulatorio

Tratamiento/s previo/s concluido/s .....

Presentan certificado de jornada laboral .....

## Módulo de Internación Psiquiátrica

Si requiere más de un mes, justificar .....

## Período de otorgamiento total solicitado

Especificar la cantidad de días en el caso de los meses no facturados por período completo: .....

## Pronóstico y tiempo estimativo del tratamiento

Firma del Médico Psiquiatra tratante

Firma del Médico Auditor

Firma y Sello

Firma y Sello