DROGADEPENDENCIA

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ESPECIFICA
TRATAMIENTO DE ADICCIONES

Nombre y Apellido: .....

Edad: ..... Sexo: ..... Fecha de Nacimiento: ..... / ..... / ..... DNI: ..... Nacionalidad: .....

En caso de tutor sus datos: .....

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Según ejes del DSM IV (marcar el/los que corresponda)

F 11.2 X (304.00) (Trastorno de dependencia de opiáceos) ☐

F 12.2 X (304.30) (Trastorno de dependencia de cannabis) ☐

F 13.2 X (304.10) (Trastorno de dependencia relacionado a sedantes hipnóticos. opiáceos o ansiolíticos) ☐

F 14.2 X (304.20) (Trastorno de dependencia de cocaína) ☐

F 15.2 X (304.40) (Trastorno de dependencia de anfetaminas) ☐

F 16.2 X (304.50) (Trastorno de dependencia de alucinógenos) ☐

F 17.2 X (304.60) (Trastorno de dependencia de inhalantes) ☐

F 18.2 X (304.90) (Trastorno de dependencia de Fencicidina) ☐

F 19.2 X (304.80) (Trastorno de dependencia de varias sustancias) ☐

Tratamiento indicado: .....

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

Modalidad de concurrencia: .....

Módulo consulta y orientación: ..... Cant. de sesiones requeridas (mín 4 y máx 6): .....

INTERNACIÓN EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA

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

.....

TRATAMIENTO AMBULATORIO (modalidad)

Hospital de día 8 horas ☐ Hospital de noche ☐

Hospital de medio día 4 horas ☐ Tratamiento/s previo/s concluido/s ☐

Tto. ambulatorio de ctrl. y prevención de recaídas ☐ Presenta certificado de jornada laboral ☐

Módulo de internación Psiquiátrica: ..... Si requiere más de un (1) 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 estimado del tratamiento: .....

PE 0118

....

Firma y Sello del Médico Tratante Firma y Sello del Auditor Médico