



Gualeguay 1255.Barracas
Teléfono: (011) 4361-9891

Historia Clinica Tratamiento Adicciones- Drogodependencia. 2018

RNOS:		
Nombre y Apellido:		
Nº de beneficiario:		
DNI:		
Nacionalidad:	Edad:	
Fecha de Nacimiento:		
En caso de tutor, consignar datos:	DNI tutor	
Nombre y Apellido de tutor:		
Sexo	F	M
Diagnostico presuntivo: según los ejes del DSM IV (marcar el/los que correspondan):		

F11.2 X (304.00) (trastorno de dependencia de opiáceos)	
F12.2 X(304.30)(trastorno de dependencia de cannabis)	
F13.2X(304.10)(trastorno de dependencia relacionado a sedantes hipnoticos, opiáceos o ansioliticos)	
F14.2X(304.20)(trastorno de dependencia de cocaína)	
F15.2X (304.40)(trastorno de dependencia de anfetaminas)	
F16.2 X(304.50)(trastorno de dependencia de alucinogenos)	
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:

Indicación a la que es derivado(razón social y domicilio):



Gualeguay 1255.Barracas
Teléfono: (011) 4361-9891

Modalidad de concurrencia:

Modulo consulta y orientación	Cantidad de sesiones requeridas(mínima de 4 y máximo de 6 consultas)
Tratamiento de control y prevención de recaídas	Hasta 180 días con posibilidad de renovación por 180 días mas, sujeto a regulación previsional
Hospital de mediodía 4 horas	Hasta 180 días con posibilidad de renovación por 180 días mas, sujeto a regulación previsional
Hospital de día 8 horas	Hasta 180 días con posibilidad de renovación por 180 días mas, sujeto a regulación previsional
Hospital de noche	Definir los tratamientos previos concluidos. Acreditar jornada laboral. Periodo máximo de otorgamiento 2 meses
Evaluación	
Módulos de tratamiento de internación	
Internacion psiquiátrica para desintoxicación	Hasta 30 días con posibilidad de renovación por 30 días más. Sujeto a evaluación profesional
Internacion en comunidad terapéutica residencial	Periodo máximo de otorgamiento:2 meses

Evaluación:

Periodo total solicitado: especificar la cantidad de días en el caso de los meses no completos:

Pronostico y tiempo estimativo del tratamiento

Firma y sello del médico tratante

Firma y sello Auditor Medico

Psiquiatra o Psicólogo



Guauguay 1255.Barracas
Teléfono: (011) 4361-9891

Mail de referencia:

Celular:

Observaciones: