

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: