

**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA – TRATAMIENTO DE ADICCIONES – DROGADEPENDENCIA**

RNOS: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

Nº DE BENEFICIARIO: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD, TIPO: \_\_\_\_\_ NRO.: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: F/M **En caso de tutor, consignar datos:**

Nombre y Apellido Tutor: \_\_\_\_\_ DNI Tutor: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico Presuntivo: según los ejes del DSM IV, marcar los que correspondan:**

F11.2x (304.00) (Trastorno de dependencia de opiáceos)	
F12.2x (304.30) (Trastorno de dependencia de cannabis)	
F12.2x (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 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: \_\_\_\_\_ TE: \_\_\_\_\_

Modalidad de concurrencia: \_\_\_\_\_

**MÓDULOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA:**

Módulo consulta y orientación	Requerimiento mínimo de 4 consultas hasta un máximo de 6.
Tratamiento de control y prevención de recaídas	Hasta 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a evaluación profesional.
Hospital de medio día 4 Horas	Hasta 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a evaluación profesional.
Hospital de día 8 Horas	Hasta 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a evaluación profesional.
Hospital de noche	Detallar los tratamientos previos concluidos. Acreditar jornada laboral. Período Máximo de otorgamiento: 2 meses.

Evaluación: \_\_\_\_\_

**MÓDULOS DE TRATAMIENTOS DE INTERNACIÓN:**

Intern. Psiquiátrica para Desintoxicación	Hasta 30 días con posibilidad de renovación por 30 días más, sujeto a evaluación profesional.
Intern. En Comunidad Terapéutica Residencial	Período máximo de otorgamiento: 12 meses

Evaluación: \_\_\_\_\_

**Período total solicitado:** Especificar la cantidad de días en el caso de los meses no completos.**Pronóstico y tiempo estimativo del tratamiento:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 FIRMA, SELLO Y MATRÍCULA MÉDICO TRATANTE  
 Psiquiatra o psicólogo

\_\_\_\_\_  
 FIRMA Y SELLO AUDITOR MÉDICO