

**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: .....

.....  
Firma y Sello del Médico Tratante

.....  
Firma y Sello del Auditor Médico