



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA SALUD MENTAL

A completar por el profesional. Deben completarse TODOS los campos solicitados.

APELLIDO Y NOMBRE DE LA PERSONA AFILIADA: _____

NRO. DE AFILIADO/A: _____

EDAD: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DSM IV O CIE 10: _____

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA A DESARROLLAR: _____

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS: _____

FRECUENCIA MENSUAL DE SESIONES/CONSULTAS: _____

TIEMPO ESTIMADO DE TRATAMIENTO: _____

INTERCONSULTA MÉDICA/PSIQUIÁTRICA: _____

LUGAR Y FECHA:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL