

**9.1 RESUMEN HISTORIA CLÍNICA ESPECIFICA TRATAMIENTO DE ADICCIONES  
DROGADEPENDENCIA**

Lugar \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del Afiliado: \_\_\_\_\_

Nº Afiliado: \_\_\_\_\_

Nº Documento de identidad Tipo: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

En caso de Tutor consignar datos: \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO PRESUNTIVO SEGÚN LOS EJES DEL DSM IV**

(MARCAR EL O LOS QUE CORRESPONDAN)

F11.2X (304.00) TRANSTORNO DE DEPENDENCIA DE OPIACEOS	
F12.2X (304.30) TRANSTORNO DE DEPENDENCIA DE CANNABIS	
F13.2X (304.10) TRANSTORNO DE DEPENDENCIA RELACIONADOS ASECANES HIPNOTICOS, OPIACEOS O ANSIOLITICOS	
F14.2X (304.20) TRANSTORNO DE DEPENDENCIA A COCAINA	
F15.2X (304.40) TRANSTORNO DE DEPENDENCIA DE ANFETANMINAS	
F16.2X (304.50) TRANSTORNO DE DEPENDENCIA DE ALUCINOGENOS	
F18.2X (304.60) TRANSTORNO DE DEPENDENCIA DE INHALANTES	
F19.2X (304.90) TRANSTORNO DE DEPENDENCIA DE FENCICLIDINA	
F19.2X (304.80) TRANSTORNO DE DEPENDENCIA DE VARIAS SUSTANCIAS	

**TRATAMIENTO INDICADO**

INSTITUCION A LA QUE ES DERIVADO (RAZON SOCIAL Y DOMICILIO)	
MODALIDAD DE CONCURRENCIA	
MODULO DE CONSULTA Y ORIENTACIÓN (REQUERIMIENTO MINIMO DE 4 CONSULTAS HASTA EL MAXIMO DE 6)	
INTERNACIÓN EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA ( DEBERA JUSTIFICAR, CON UN REQUERIMIENTO MINIMO DE 12 MESES)	
TRATAMIENTO AMBULATORIO, MODALIDAD	
HOSPITAL DE DÍA 8 HORAS	
HOSPITAL DE MEDIO DÍA 4 HORAS	
TRATAMIENTO AMBULATORIO DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE RECAIDAS	
HOSPITAL DE NOCHE (EDTALLE EL/LOS TRATAMIENTO/S PREVIO/S CONCLUIDO/S Y PRESENTACIÓN DE CERTIFICADO DE JORNADA LABORAL)	
MODULO DE INTERNACIÓN PSIQUIATRICA (REQUERIMIENTO MINIMO DE UN MES CON JUSTIFICACIÓN)	
PERIODO DE OTORGAMIENTO TOTAL SOLICITADO , ESPECIFICAR LA CANTIDAD DE DIAS EN LOS CASOS DE LOS MESES NO FACTURADOS POR PERÍODOS COMPLETOS)	
PRONOSTICO Y TIEMPO ESTIMADO DE TRATAMIENTO	

<b>MEDICO TRATANTE PSIQUIATRA O PSICOLOGO</b>	<b>MEDICO AUDITOR</b>
---	-----------------------

(El Profesional debe completar todos los campos con letra legible)

FORM007