

## INFORME PARA SOLICITUD DE PSICOTERAPIA

DATOS DEL BENEFICIARIO					
Apellido y Nombre					
Nro. Afiliado					
Edad	Sexo:	M	F	Otro	
Teléfono particular					
Teléfono Celular					
E-mail					
Profesión/Actividad					
Estado Civil					

GRUPO FAMILIAR (con el que convive, edad, parentesco):

<b>DERIVACIÓN EFECTUADA PARA EL TRATAMIENTO POR</b> (Si es por motivación propia aclarar):	
---	--

MOTIVO DE CONSULTA:

ANTECEDENTES PERSONALES y FAMILIARES:

ESTADO ACTUAL (Consignar sólo datos clínicos positivos):

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO SEGÚN DSM IV (con código CIE-10) :

PLAN DE TRABAJO PROPUESTO (tiempo, técnicas especiales, etc.):

**PRONÓSTICO DE EVOLUCIÓN:**

**A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME ¿SE ENCUENTRA EN CONDICIONES DE EFECTUAR SUS TAREAS HABITUALES? ¿EXISTE DISMINUCIÓN DE LAS MISMAS?**

--

**¿HA PRESENTADO EPISODIOS CRÍTICOS QUE REQUIERAN INTERNACIÓN?**

--

**¿HA PRESENTADO EPISODIOS CRÍTICOS CON TRATAMIENTO AMBULATORIO DE URGENCIA?**

--

**¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE CON MEDICACIÓN PSICOFARMACOLÓGICA O LO HA ESTADO? (indicar dosis, lapso):**

--

**¿SE HAN ADMINISTRADO TESTS PSICOLÓGICOS? (Pruebas realizadas, fecha):**

--

**OBSERVACIONES:**

--	--

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido y Nombre	
Profesión	
Matrícula	
Teléfono contacto	
E-mail	

**IMPORTANTE:** El presente informe será evaluado por la Auditoría Médica, constituyendo sus datos conocimiento y uso reservado de la misma, debiendo ser completado por el profesional a cargo de la atención, reservándose la Fundación COMEI el derecho a realizar las verificaciones que creyera convenientes a fin del perfeccionamiento de la prestación. Por último, el reconocimiento de la citada prestación se efectuará en el marco de las normas dictadas a tal fin por el Consejo de Administración de la Institución.

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL