

**RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ESPECIFICA TRATAMIENTO DE ADICCIONES-  
DROGADEPENDENCIA**

RNOS: \_\_\_\_\_  
 Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_  
 Nº de beneficiar: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 DNI: Tipo y Nro.: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 En caso de Tutor, consignar datos (Nombre y Apellido del Tutor, y DNI):  
 \_\_\_\_\_

**Diagnostico Presuntivo según los ejes de DSM IV (marcar el/los que corresponda/n)**

F 11.2x (304.00) TRASTORNO DE DEPENDENCIA DE OPIACEOS.	
F 12.2x (304.30) TRASTORNO DE DEPENDENCIA DE CANNABIS.	
F 13.2 (304.10) TRASTORNO DE DEPENDENCIA RELACIONADO A SEDANTES HIPNOTICOS, OPIACEOS O ANSIOLITICOS.	
F 14.2 (304.20) TRASTORNO DE DEPENDENCIA A COCAINA.	
F 15.2 (304.40) TRASTORNO DE DEPENDENCIA DE ANFETAMINAS.	
F 16.2x (304.50) TRASTORNO DE DEPENDENCIA DE ALUCINOGENOS.	
F 18.2x (304.60) TRASTORNO DE DEPENDENCIA DE INHALANTES.	
F 19.2x (304.90) TRASTORNO DE DEPENDENCIA DE FENCICLIDINA.	
F 19.2x (304.80) TRASTORNO DE DEPENDENCIA DE VARIAS SUSTANCIAS.	

**Tratamiento Indicado**

Institución a la que es derivado (razón social y domicilio):  
 \_\_\_\_\_

### Modalidad de concurrencia

MODULO DE CONSULTA Y ORIENTACION (REQUERIMIENTO MINIMO DE 4 CONSULTAS HASTA UN MAXIMO DE 6)	
INTERNACION EN COMUNIDAD TERAPEUTICA (DEBERA JUSTIFICAR, CON UN REQUERIMIENTO MINIMO DE 12 MESES)	
<b>TRATAMIENTO AMBULATORIO, MODALIDAD</b>	
HOSPITAL DE DIA 8 HORAS(hasta 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a regulación previsional)	
HOSPITAL DE MEDIO DIA 4 HORAS(hasta 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a regulación previsional)	
TRATAMIENTO AMBULATORIO DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE RECAIDAS (hasta 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a regulación previsional)	
HOSPITAL DE NOCHE. (Definir los tratamientos previos concluidos. Acreditar jornada laboral. Periodo máximo de otorgamiento: 2 meses)	
MODULO DE INTERNACION PSIQUIATRICA PARA DESINTOXICACION (REQUERIMIENTO MINIMO DE UN MES CON JUSTIFICACION)	
PERIODO DE OTORGAMIENTO TOTAL SOLICITADO, ESPECIFICAR LA CANTIDAD DE DIAS EN LOS CASOS DE LOS MESES NO FACTURADOS POR PERIODOS COMPLETOS	
PRONOSTICO Y TIEMPO ESTIMATIVO DE TRATAMIENTO	

**FechaFirma y sello del médico tratante Psiquiatra o Psicólogo**