



400/16

Superintendencia de Servicios de Salud

Ministerio de Salud de la Nación

9.- MODELOS SUGERIDOS DE RESUMENES DE HISTORIA CLINICA

MODELO RESUMEN DE HISTORIA CLINICA - TRATAMIENTO DE ADICCIONES - DROGODEPENDENCIA

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA - TRATAMIENTO DE ADICCIONES - DROGODEPENDENCIA		
RNOS:		FECHA:
NOMBRE Y APELLIDO:		
N° DE BENEFICIARIO:		
DOCUMENTO IDENTIDAD, TIPO:	NRO.:	NACIONALIDAD:
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	SEXO: F / M <input type="checkbox"/>
En caso de tutor, consignar datos:		
Nombre y Apellido tutor:		DNI tutor:
Diagnóstico Presuntivo: según los ejes del DSM IV, marcar los que correspondan:		
F11.2x (304.00) (Trastorno de dependencia de opiáceos)		
F12.2x (304.30) (Trastorno de dependencia de cannabis)		
F13.2x (304.10) (Trastorno de dependencia relacionado a sedantes hipnóticos, opiáceos o ansiolíticos)		
F14.2x (304.20) (Trastorno de dependencia de cocaína)		
F15.2x (304.40) (Trastorno de dependencia de anfetaminas)		
F16.2x (304.50) (Trastorno de dependencia de alucinógenos)		
F18.2x (304.60) (Trastorno de dependencia de inhalantes)		
F19.2x (304.90) (Trastorno de dependencia de fenciclidina)		
F19.2x (304.80) (Trastorno de dependencia de varias sustancias)		
Tratamiento indicado: _____		
Institución a la que es derivado, Razón Social:		
Domicilio:		TE:
Modalidad de concurrencia:		
MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA		
Módulo consulta y orientación:		Requerimiento: mínimo de 4 consultas hasta un máximo de 6
Tratamiento de control y prevención de recaídas		Hasta 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a evaluación profesional.
Hospital de medio día 4 Horas		Hasta 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a evaluación profesional.
Hospital de día 8 Horas		Hasta 180 días con posibilidad de renovación por 180 días más, sujeto a evaluación profesional.
Hospital de noche		Detallar los tratamientos previos concluidos. Acreditación jornada laboral. Periodo Máximo de otorgamiento: 2 meses.
Evaluación: _____		
MODULOS DE TRATAMIENTOS DE INTERNACION		
Intern. Psiquiátrica para Desintoxicación		Hasta 30 Días con posibilidad de renovación por 30 días más, sujeto a la evaluación profesional.
Intern. en Comunidad Terapéutica Residencial		Periodo máximo de otorgamiento: 2 meses
Evaluación: _____		
Periodo total solicitado: Especificar la cantidad de días en el caso de los meses no completos.		
Pronóstico y tiempo estimativo del tratamiento: _____		
FIRMA, SELLO Y MATRICULA MEDICO TRATANTE Psiquiatra o Psicólogo		
FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO		