

INFORME PSICOLÓGICO

A cumplimentar por el profesional tratante

Apellido y nombre del beneficiario:.....Edad:.....

Número de afiliado:.....Ocupación:.....

Domicilio:.....Teléfono:.....

Motivo de consulta:

Antecedentes (médicos - no médicos - internaciones - medicación) Derivación:

Evaluación psicológica:

Diagnóstico según DSM IV:

Indicación terapéutica (número de sesiones mensuales):

Psicofarmacoterapia:

Pronóstico:

Lugar y fecha:.....

.....
Firma y sello del profesional actuante.Matricula

Esta presentación no está exenta de ser auditada