

Planilla N° 7**PSICOTERAPIA FAMILIAR O DE PAREJA / PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA**

Apellido y Nombres del afiliado directo: _____

N° de Afiliado: _____

Apellido, Nombres y edad de los afiliados que concurren a la consulta psicoterapéutica:

Localidad: _____ Teléfono: _____

Fecha de inicio del tratamiento: ____ / ____ / ____

Nombre del miembro de la familia o pareja que motivó la consulta:

Diagnóstico según DSM IV (consignando código y aclarando si es provisional o definitivo):

Motivo de la indicación de tratamiento familiar:

Descripción del cuadro clínico (enmarcado en los criterios específicos que permiten arribar al diagnóstico consignado según DSM IV y aludiendo a la particularidad del caso):

Objetivos a alcanzar: _____

Pronóstico y duración estimativa del tratamiento: _____

Frecuencia de las sesiones: _____

Consignar si quien motivo la consulta realiza otros tratamientos:

 Psicoterapia individual Tratamiento psicofarmacológico.**Completar en caso de que el paciente se encuentre bajo tratamiento psicofarmacológico/**

Profesional a cargo del mismo: _____ MP / MN _____

Fármacos indicados y dosis diarias: _____

Fecha:

Firma y sello del profesional