

**A- FECHA DE PRESENTACION**

EN SMAUNAM (Reservado para SMAUNaM)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**B - DATOS DE IDENTIFICACION**

1 APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO:	
AFILIADO Nº:	
DOMICILIO:	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
ESTADO CIVIL:	DOCUMENTO Nº:
OCUPACION:	

2 PROFESIONAL:	
MP:	
DOMICILIO DEL CONSULTORIO:	TEL:

3 MOTIVO DE LA CONSULTA:	
DERIVADO POR:	

**C - ANTECEDENTES PERSONALES**

1 PADECIMIENTO ACTUAL:

2 ANTECEDENTES DE LA SITUACIÓN ACTUAL

3 DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO (SEGÚN DSM IV)

4 TRATAMIENTOS ANTERIORES

5 FARMACOLOGÍA


**D - INDICACIONES TERAPÉUTICAS**

PROGRAMA DE TRATAMIENTO:


**DERIVACION DE PSICOTERAPIA**

1 Nº DE SESIONES:

FRECUENCIA: (marcar con una x)	SEMANAL	QUINCENAL	OTROS	De indicar otro, que cantidad:
ABORDAJE:(marcar con una x)	INDIVIDUAL	VINCULAR	PAREJA	
			FAMILIA	
			GRUPO	

OTRAS PRESTACIONES (marcar con una x)	PSICODIAGNÓSTICO	ORIENTACION VOCACIONAL	PSICOPROFILAXIS	OTROS
--	------------------	---------------------------	-----------------	-------

TIEMPO PROBABLE DE TRATAMIENTO


EVOLUCIÓN


Según Normativa del SMAUNaM deberá renovar la Historia Clínica anualmente (la presente tiene vigencia año calendario)

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL : \_\_\_\_\_