

CAJA FORENSE- HISTORIA CLÍNICA

DATOS PERSONALES DEL AFILIADO/A

EDAD:.....

NOMBRE Y APELLIDO:

NUMERO AFILIADO:

DIRECCIÓN-LOCALIDAD:::.....

TELÉFONOS:

DATOS DE LA/EL PROFESIONAL

NOMBRE Y APELLIDO:.....

MATRÍCULA:.....DIRECCIÓN-LOCALIDAD:

TELÉFONOS:

TRATAMIENTO:.....
.....

FECHA DE INICIO DE LA PSICOTERAPIA:.....

MOTIVO DE LA CONSULTA:
.....

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: Según Discurso Teórico del tratante. Se puede optar por Nomenclador Organización Mundial de la Salud (CIE 10) u otro.
.....

PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA: plan de trabajo, propuesta terapéutica.
.....

OBSERVACIONES: El profesional podrá ampliar los presentes datos mínimos con los que sean convenientes para una mejor comprensión del pedido asistencia
.....
.....

Firma y sello del Profesional