

ENTREVISTA DE ADMISION

FECHA: / /

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

PLAN: _____ N° AFILIADO: _____

DOMICILIO: _____ TELEFONO: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

OCUPACION: _____

PROFESIONAL ADMISOR: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA: _____

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL: _____

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS (Internaciones y tratamientos previos): _____

ANTECEDENTES MEDICOS: _____

ANTECEDENTES HEREDITARIOS: _____

CONSUMO DE SUSTANCIAS: _____

EXAMEN PSIQUICO (Atención, memoria, sensopercepción, orientación temporo-espacial, juicio, ideación, afectividad, voluntad): _____

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO DSM IV – EVALUACION MULTIAXIAL: _____

CIERRE Y DELIMITACION DEL OBJETIVO TERAPEUTICO: _____

INDICACION TERAPEUTICA:

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO: _____

PSICOTERAPIA (Cantidad de sesiones, frecuencia): _____

OBSERVACIONES (Interconsultas, derivación, cuidados especiales): _____