



Solicitud de Tratamiento Psicológico

30 SESIONES ANUALES

SOCIO _____ **PLAN** _____ **FECHA:** / /

A) DATOS DEL ASOCIADO

APELLIDO, NOMBRE: _____

EDAD: _____ **PESO:** _____ **TALLA:** _____ **IMC:** _____ **Sexo:** **M** / **F**

TELÉFONO: _____ **CELULAR:** _____ **MAIL:** _____

B) DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

APELLIDO, NOMBRE: _____ **MATRICULA:** _____ **ESPECIALIDAD:** _____

Tratamiento:

Motivo de la Consulta:

Diagnostico en Base al DSM-IV

Explicación de las metas a alcanzar:

Programa de tratamiento (Plan de Sesiones y Esbozo de que instrumentos va a usar en las sesiones)

Duración estimada, dentro del encuentro de las terapias breves:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

USO INTERNO

TRATAMIENTO AUTORIZADO POR

SESIONES

FIRMA Y SELLO DE AUDITORIA MEDICA
