



OAM

SOLICITUD DE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

VERSIÓN: 202112

Nº ASOCIADO: PLAN FECHA: / /

A) DATOS DEL ASOCIADO

APELLIDO, NOMBRE:

TELÉFONO: CELULAR: MAIL:

B) DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

APELLIDO, NOMBRE: MATRÍCULA: ESPECIALIDAD:

MOTIVO DE LA CONSULTA:

DIAGNÓSTICO EN BASE AL DSM-IV:

DESCRIPCIÓN DE CUADRO CLÍNICO:

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA:

- ☐ PSICOTERAPIA FAMILIAR O DE PAREJA
- ☐ PSICOTERAPIA INDIVIDUAL
- ☐ PSICOTERAPIA GRUPAL
- ☐ TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO
- ☐ ENTREVISTA ORIENTACION A PADRES

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO:

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

USO INTERNO

TRATAMIENTO AUTORIZADO POR : SESIONES: COB:

FIRMA Y SELLO DE AUDITORÍA MÉDICA