

# FORMULARIOS SUR MÓDULO ADICCIONES





## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Obra Social: OSFATUN	RNOS: 1-2550-9
Nombres:	Apellidos:
Nacionalidad:	DNI N°:
Fecha de nacimiento:    /    /	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Beneficiario N°:	Tipo de beneficiario:
Nombres y Apellidos (en caso de tutor):	
Localidad:	Provincia:
Teléfono: (    )	E-mail:
Nombres y Apellidos (madre/padre/tutor):	
Diagnóstico presuntivo según los ejes del DSM IV (marcar el/los que corresponda):	
F11.2 x (304.00) (Trastorno de dependencia de opiáceos)	<input type="checkbox"/>
F12.2 x (304.30) (Trastorno de dependencia de cannabis)	<input type="checkbox"/>
F13.2 x (304.10) (Trastorno de dependencia relacionado a sedantes hipnóticos, opiáceos o ansiolíticos)	<input type="checkbox"/>
F14.2 x (304.20) (Trastorno de dependencia de cocaína)	<input type="checkbox"/>
F15.2 x (304.40) (Trastorno de dependencia de anfetaminas)	<input type="checkbox"/>
F16.2 x (304.50) (Trastorno de dependencia de alucinógenos)	<input type="checkbox"/>
F18.2 x (304.60) (Trastorno de dependencia de inhalantes)	<input type="checkbox"/>
F19.2 x (304.90) (Trastorno de dependencia de fenciclidina)	<input type="checkbox"/>
F19.2 x (304.80) (Trastorno de dependencia de varias sustancias)	<input type="checkbox"/>
Tratamiento indicado: _____ _____	
Institución a la que es derivado (Razón Social y domicilio): _____ _____	

Modalidad de concurrencia:

Módulo consulta y orientación (cantidad de sesiones requeridas, mínimo de 4 y máximo de 6 consultas):

---

---

Internación en comunidad terapéutica: \_\_\_\_\_

---

---

Requiere más de 12 meses de esta prestación. Justificar: \_\_\_\_\_

---

---

Tratamiento ambulatorio – Modalidad:

Hospital de día, 8 horas	
Hospital de mediodía, 4 horas	
Tratamiento ambulatorio de control y prevención de recaídas	
Hospital de noche	
Tratamientos previos concluidos	
Presenta certificado de jornada laboral	
Módulo de internación psiquiátrica	
Si requieren más de un (1) mes justificar	
Período de otorgamiento total solicitado (especificar la cantidad de días en el caso de los meses no facturados por período completo).	
Pronóstico y tiempo estimativo del Tratamiento	

.....  
Firma y sello de médico tratante

.....  
Firma y sello del médico auditor de la Obra Social



## CONFORMIDAD DEL TRATAMIENTO POR ADICCIONES

Quién suscribe \_\_\_\_\_

con CUIL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ beneficiario de la OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN

ARGENTINA DEL TRABAJADOR DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES (OSFATUN), con

domicilio en calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Piso \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_, declaro por la presente mi conformidad

para someterme al tratamiento en adicción, el cual se detalla a continuación (aclarar tratamiento y

período): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En la ciudad de \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

.....  
Firma del titular y/o tutor, aclaración, DNI N°

.....  
Firma y sello de médico tratante