

**PSICOTERAPIA FAMILIAR O DE PAREJA / PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA**

Apellido y Nombres del afiliado directo: \_\_\_\_\_

N° de Afiliado: \_\_\_\_\_

Apellido, Nombres y edad de los afiliados que concurren a la consulta psicoterapéutica:

---

---

---

---

---

Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del tratamiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre del miembro de la familia o pareja que motivó la consulta:

---

Diagnóstico según DSM IV (consignando código y aclarando si es provisional o definitivo):

---

Motivo de la indicación de tratamiento familiar:

---

---

Descripción del cuadro clínico (enmarcado en los criterios específicos que permiten arribar al diagnóstico consignado según DSM IV y aludiendo a la particularidad del caso):

---

---

---

---

---

Objetivos a alcanzar: \_\_\_\_\_

---

---

---

Pronóstico y duración estimativa del tratamiento: \_\_\_\_\_

---

Frecuencia de las sesiones: \_\_\_\_\_

Consignar si quien motivo la consulta realiza otros tratamientos:

 Psicoterapia individual       Tratamiento psicofarmacológico.**Completar en caso de que el paciente se encuentre bajo tratamiento psicofarmacológico/**

Profesional a cargo del mismo: \_\_\_\_\_ MP / MN \_\_\_\_\_

Fármacos indicados y dosis diarias: \_\_\_\_\_

---

---

---