



ANEXO II

**FICHA DE ADMISIÓN Y DIAGNÓSTICO DE TRATAMIENTO
AMBULATORIO DE PSICOTERAPIA**

1. DATOS DEL AFILIADO

N° D.N.I.:

NOMBRE Y APELLIDO:
EDAD:
OCUPACIÓN:
LUGAR DE RESIDENCIA:
CÓDIGO DE ÁREA:
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR:

2. MOTIVO DE CONSULTA:

3. DIAGNÓSTICO DSM IV-CIE 10:

4. ANTECEDENTES:

5. ESTRATEGIA TERAPÉUTICA - ÍTEM:

6. CANTIDAD DE CONSULTAS SOLICITADAS:

FECHA:

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL