

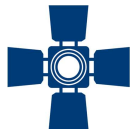
Programa drogodependencia

Nombre y Apellido: Fecha de Nacimiento:
 Edad: DNI:
 Sexo: Nacionalidad:

En caso de tutor, consignar datos.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO SEGÚN LOS EJES DSM (marcar el/los que correspondan)

| | |
|---|--|
| F 11.2 x (304.00) Trastorno de dependencia de opiáceos | |
| F 12.2 x (304.30) Trastorno de dependencia de cannabis | |
| F 13.2 x (304.10) Trastorno de dependencia relacionado a sedantes hipnóticos, opiáceos o ansiolíticos | |
| F 14.2 x (304.20) Trastorno de dependencia a cocaína | |
| F 15.2 x (304.40) Trastorno de dependencia de anfetaminas | |
| F 16.2 x (304.50) Trastorno de dependencia de alucinógenos | |
| F 18.2 x (304.60) Trastorno de dependencia de inhalantes | |
| F 19.2 x (304.90) Trastorno de dependencia de fenciclidina | |
| F 19.2 x (304.80) Trastorno de dependencia de varias sustancias | |
| Tratamiento indicado | |
| Institución a la que es derivado (razón social y domicilio) | |
| Modalidad de concurrencia | |
| Módulo de consulta y orientación (requerimiento mínimo de 4 consultas hasta un máximo de 6) | |
| Internación en comunidad terapéutica (Deberá justificar con un requerimiento mínimo de 12 meses) | |
| Tratamiento ambulatorio modalidad | |
| Hospital de día 8 horas | |
| Hospital de medio día 4 horas | |
| Tratamiento ambulatorio de control y prevención de recaídas | |
| Hospital de noche (detallar el/los tratamientos previos concluidos y presentación de certificado de jornada laboral) | |
| Módulo de Internación psiquiátrica (requerimiento mínimo de un mes, con justificación) | |



OSPIC

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE
LA INDUSTRIA CINEMATOGRAFICA

Periodo de otorgamiento total solicitado. Especificar la cantidad de días en el caso de los meses no facturados por periodos completos.

Pronóstico y tiempo estimativo de tratamientos:

Médico tratante. Psiquiatra/Psicólogo.

Firma del Auditor médico.