

## SOLICITUD DE PSIQUIATRIA

**A llenar por Profesionales Psiquiatras posterior a primera consulta**

**NUMERO AFILIADO:** \_\_\_\_\_

**AFILIADO/A:** \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_ - **FECHA DE SOLICITUD:** \_\_\_\_\_

**DERIVADO:** \_\_\_\_\_

**PSICODIAGNOSTICO:**

**Cod. DSM IV**

**Propuesta de Tratamiento: Indicar**

**Pronostico:**

**Tiempo Estimado del Tratamiento:**

**Profesionales Actuantes:**

**Numero de Sesiones Estimadas:**

**Firma Profesional Actuante  
o Coordinador del Grupo**

**Firma Responsable**

**Se autorizan .....sesiones por mes . Código .....**

**MODULO TERAPEUTICO:**

**Firma de Auditoria**