



INSTRUCTIVO SOLICITUD DE INTERNACION PARA TRATAMIENTO DE DROGODEPENDENCIA

Estimado afiliado:

Se informa que, con el fin de realizar la solicitud de internación para tratamiento de drogodependencia, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, en las oficinas de atención al socio.

Documentación a presentar:

1. Prescripción médica legible sin enmiendas ni tachaduras y deberá contener: apellido y nombre del afiliado, fecha, Obra social, Nº de afiliado, DNI, indicación del tratamiento por dependencia de sustancias psicoactivas, modalidad de la internación y período de seis meses año calendario (para internación en comunidad terapéutica), ó 30 días (para internación psiquiátrica para desintoxicación), con firma y sello del médico especialista tratante.
2. Consentimiento informado del Centro/Institución completo firmado por el médico responsable del Centro y el afiliado o su tutor.
3. Formulario S18 (Resumen de historia clínica): que debe completar el médico especialista tratante.

Solo se recibirán en las oficinas de atención al socio aquellos formularios que estén completos en su totalidad, con letra clara, legible sin enmiendas ni tachaduras SIN EXCEPCION.

Importante:

1. La recepción de la documentación solicitada arriba no implica la aprobación del tratamiento. Auditoría Médica evaluará la misma y podrá solicitar la ampliación de la información en caso de considerarlo necesario.
2. En caso de requerir más tiempo de tratamiento deberá presentar nueva prescripción médica y formulario S18 por otros seis meses de tratamiento (en comunidad terapéutica) y 30 días (para internación psiquiátrica para desintoxicación), sujeto a evaluación de auditoría médica.
3. En caso de cambio de tratamiento presentar nuevo resumen de historia clínica y nuevo consentimiento informado en original.

**DROGODEPENDENCIA
RESUMEN DE HISTORIA CLINICA**

Fecha:/...../.....

Nombre y Apellido:

Edad:..... Sexo:.....Fecha de nacimiento: /..... /.....D.N.I:..... Nacionalidad:.....
En caso de tutor, consignar datos:

Nombre y Apellido: D.N.I:.....

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO (Según los ejes del DSM IV (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 de cocaína)
- F 15.2 X (304.40) (Trastorno de dependencia de anfetaminas)
- F 16.2 X (304.50) (Trastorno de dependencia de alucinógenos)
- F 17.2 X (304.60) (Trastorno de dependencia de inhalantes)
- F 18.2 X (304.90) (Trastorno de dependencia de Fencidina)
- F 19.2 X (304.80) (Trastorno de dependencia de varias sustancias)

Fecha de diagnóstico:/...../.....

TRATAMIENTO INDICADO (Indicar con una X según corresponda)

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Internación en Comunidad terapéutica | <input type="checkbox"/> | Hospital de día (4 hs) | <input type="checkbox"/> |
| Internación psiquiátrica para desintoxicación | <input type="checkbox"/> | Hospital de noche | <input type="checkbox"/> |
| Hospital de día (8 hs) | <input type="checkbox"/> | Tto. ambulatorio de control, seguimiento y prevención de recaídas | <input type="checkbox"/> |

Justificación del tratamiento solicitado:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Firma y sello Auditor Médico

.....
Firma, sello y Matrícula Médico tratante