

*A completar por el profesional. Deben completarse TODOS los campos solicitados.*

APELLIDO Y NOMBRE DE LA PERSONA AFILIADA: \_\_\_\_\_

NRO. DE AFILIADO/A: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE CONSULTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DSM IV O CIE 10: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA A DESARROLLAR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FRECUENCIA MENSUAL DE SESIONES/CONSULTAS: \_\_\_\_\_

TIEMPO ESTIMADO DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

INTERCONSULTA MÉDICA/PSIQUIÁTRICA: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA:

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

*Enviar esta Planilla completa a [auditoria.psicologica@sosunc.org.ar](mailto:auditoria.psicologica@sosunc.org.ar)*