

Solicitud de Autorización N°

Psicopatología

Datos del afiliado

Apellido y nombres _____

N° de afiliado _____ Plan _____

Datos del profesional _____

Apellido y nombres _____

Título _____ N° de matrícula _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Tratamiento _____

Motivo de la consulta _____

Diagnóstico en base al DMS-IV _____

Explicitación de las metas a alcanzar _____

Programa de tratamiento (plan de sesiones y esbozo de qué instrumentos va a usar en las sesiones) _____

Duración estimada, dentro del encuadre de las terapias breves _____

Nota: El terapeuta acepta y da su conformidad para que los tratamientos realizados, puedan ser auditados por el equipo de psicopatología de la institución.