

INFORME DE EVALUCIÓN EN SALUD MENTAL

(Psicodiagnóstico / Interconsulta Psiquiátrica)

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellido:

DNI:

Edad:

Ocupación:

Nivel de instrucción:

2. ENTREVISTA CLÍNICA

3. TÉCNICAS ADMINISTRADAS Y HALLAZGOS (solo para psicodiagnóstico)

Técnicas aplicadas:

Hallazgos relevantes:

4. CONCLUSIONES

Prosopografía (descripción general del aspecto y comportamiento):

Examen de las funciones psíquicas:

Orientación témporo-espacial:

Conciencia de situación y enfermedad:

Memoria:

Atención:

Lenguaje:

Juicio:

Sensopercepción:

Afectividad:

Conducta:

Interacción social:

5. CLASIFICACIÓN DE LA SIGNO-SINTOMATOLOGÍA:

☐ Sintomatología leve

☐ Sintomatología moderada

☐ Sintomatología grave

☐ Sin sintomatología asociada a la contingencia

Todo informe realizado deberá contar con FECHA, FIRMA, NOMBRE Y APELLIDO Y N° DE MATRÍCULA DEL PROFESIONAL.

INFORME DE EVALUCIÓN NEUROCOGNITIVA

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellido:

DNI:

Edad:

Ocupación:

Nivel de instrucción:

2. ENTREVISTA CLÍNICA

Descripción del siniestro:

Sintomatología actual:

Antecedentes médicos o accidentes previos:

3. TÉCNICAS ADMINISTRADAS Y HALLAZGOS (deben incorporarse técnicas de cribado cognitivo como el MOCA, ACE o similar)

Técnicas aplicadas:  
Hallazgos relevantes:

4. **CONCLUSIONES:** Descripción y análisis de las alteraciones cognitivas-conductuales

Función	Grado de afectación
Orientación	
Atención	
Memoria	
Lenguaje	
Visuoespacial	
Pensamiento	
Sensopercepción	
Razonamiento/Juicio	
Personalidad	
TOTAL	

5. **CLASIFICACIÓN DEL COMPROMISO COGNITIVO - CONDUCTUAL:**

- ☐ Compromiso leve
- ☐ Compromiso moderado
- ☐ Compromiso grave
- ☐ Con alteración del comportamiento o afectividad
- ☐ Sin sintomatología asociada a la contingencia

Todo informe realizado deberá contar con FECHA, FIRMA, NOMBRE Y APELLIDO Y N° DE MATRÍCULA DEL PROFESIONAL.

FORMULARIO DE TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL - PSICOTERAPIA		
DATOS DE LA CONTINGENCIA		
ART/EA/Mutual ..... N° de siniestro .....		
DATOS DEL TRABAJADOR		
Nombre y Apellido: .....		
CUIL / DNI: .....		Edad: .....
Ocupación: .....		
DESCRIPCIÓN DEL CUADRO Y SINTOMATOLOGÍA		
<div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div>		
MODALIDAD DE TRATAMIENTO		
<input type="checkbox"/> Presencial	<input type="checkbox"/> Virtual	<input type="checkbox"/> Mixta
ENFOQUE TERAPÉUTICO		
<input type="checkbox"/> TCC	<input type="checkbox"/> TPC	<input type="checkbox"/> Psicodinámica breve
<input type="checkbox"/> TCC centrado en trauma	<input type="checkbox"/> EMDR	<input type="checkbox"/> Otro .....
<input type="checkbox"/> Exposición prolongada	<input type="checkbox"/> ACT	
BLOQUE TERAPÉUTICO SEGÚN SEVERIDAD		
<input type="checkbox"/> 8 sesiones (leve)	<input type="checkbox"/> 12 sesiones (moderado) <i>Duración mínima de sesión: 40 min.</i>	<input type="checkbox"/> 16 sesiones (severo)
FRECUENCIA		
<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Intensivo (2 sesiones semanales)
..... Lugar y fecha		..... Firma, nombre y N° de matrícula del profesional

FORMULARIO DE TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL - PSIQUIATRÍA			
DATOS DE LA CONTINGENCIA			
ART/EA/Mutual ..... N° de siniestro .....			
DATOS DEL TRABAJADOR			
Nombre y Apellido: .....			
CUIL / DNI: .....		Edad: .....	
Ocupación: .....			
DESCRIPCIÓN DEL CUADRO Y SINTOMATOLOGÍA			
<div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div>			
MODALIDAD DE TRATAMIENTO			
<div><input type="checkbox"/> Presencial</div> <div><input type="checkbox"/> Virtual</div> <div><input type="checkbox"/> Mixta</div>			
BLOQUE TERAPÉUTICO		FRECUENCIA	
<div>..... sesiones</div> <div>Duración mínima de sesión: 30 min</div>		<div><input type="checkbox"/> Semanal</div> <div><input type="checkbox"/> Quincenal</div> <div><input type="checkbox"/> Mensual</div>	
ESQUEMA FARMACOLÓGICO: medicación y dosis/día			
<div>1 .....</div> <div>2 .....</div> <div>3 .....</div> <div>4 .....</div> <div>5 .....</div>			
.....		.....	
Lugar y fecha		Firma, nombre y N° de matrícula del profesional	

FORMULARIO DE REHABILITACIÓN NEUROCOGNITIVA	
DATOS DE LA CONTINGENCIA	
ART/EA/Mutual ..... N° de siniestro .....	
DATOS DEL TRABAJADOR	
Nombre y Apellido: .....	
CUIL / DNI: ..... Edad: .....	
Ocupación: .....	
DESCRIPCIÓN DEL CUADRO Y SINTOMATOLOGÍA	
<div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div>	
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	
Básicas: <input type="checkbox"/> Conservadas <input type="checkbox"/> Dependencia parcial <input type="checkbox"/> Dependencia total	
Instrumentales: <input type="checkbox"/> Conservadas <input type="checkbox"/> Dependencia parcial <input type="checkbox"/> Dependencia total	
MODALIDAD DE TRATAMIENTO	
<input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Virtual - Justificación .....	
BLOQUE TERAPÉUTICO	FRECUENCIA
<div>..... sesiones</div> <div>Duración mínima de sesión: 40 min</div>	<div>..... veces por semana</div>
<div>.....</div> <div>Lugar y fecha</div>	<div>.....</div> <div>Firma, nombre y N° de matrícula del profesional</div>



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
Año de la Grandeza Argentina

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Anexo**

**Número:**

**Referencia:** ANEXO II - Expediente EX-2026-05503128-APN-GACM#SRT

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 5 pagina/s.