

UNIDAD DE ESPECIALIDAD MEDICA-CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES
Nota de Tratamiento

Nombre del paciente:	<input type="text"/>	No. De expediente:	<input type="text"/>
Edad:	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="text"/>
Fecha:	<input type="text"/>	Hora:	<input type="text"/>

1.- Servicio Otorgado:

Consulta de Primera Vez	<input type="checkbox"/>	Tratamiento	<input type="checkbox"/>	Seguimiento	<input type="checkbox"/>
Tratamiento Individual	<input type="checkbox"/>	Tratamiento Grupal	<input type="checkbox"/>	Tratamiento Familiar Individual	<input type="checkbox"/>
				Tratamiento Familiar Grupal	<input type="checkbox"/>

Nota: Indicar dentro del cuerpo de la nota impresión del usuario, objetivo, avances, resumen de la sesión, plan de tratamiento, tema a trabajar la próxima sesión.

Diagnóstico:

Pronóstico:

Próxima cita:

Día: _____ Hora: _____ Servicio: _____ Responsable: _____

Nombre de quien otorgó el servicio: _____

Firma: _____ Hora: _____

Cédula profesional: _____