

Nota de sesión clínica de problemas con el juego

Se exige que se complete una nota de sesión por visita.

Esta nota se mantendrá en la historia clínica del paciente, pero no se ingresará en línea.

Fecha del servicio:

Identificación del proveedor:

Identificación del cliente:

Nota de la sesión

Tipo de servicio:

- Individual Familiar/Cónyuge Grupo

Criterio DSM V:

- Problemas con el juego – cumple los criterios 1 a 3
 Trastorno de problemas con el juego 312.31
 Cumple los criterios 4 a 5 moderados
 Cumple los criterios 6 a 7 moderados
 Cumple los criterios 8 a 9 serios
 Episódico
 Persistente
 N/A
 En remisión temprana
 En remisión sostenida

Progreso/Actualización: (Narrativa)

- Declina*** ***Sin cambios*** ***Mejora***

Ajuste de los objetivos iniciales:

Encuesta de satisfacción del cliente:

¿Le fue de ayuda la sesión de hoy? SÍ o NO

¿Cree usted que está haciendo progresos hacia la consecución de sus objetivos? SÍ o NO

Comentarios:

Por este medio, certifico que la información que he completado en los formularios anteriores es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma del médico: _____

Firma del cliente: _____