Mes _____ Año _____

PLANILLA DE ESTADISTICAS DE O.S.E.C.A.C.

Obra Social

PROFESIONAL _____

PROVINCIA _____

LOCALIDAD _____

APELLIDO Y NOMBRE	TIPO Y Nº DOCUMEN	FECHA NACIM.	EDAD	DOMICILIO	LOCALIDAD	TELEFONO	DIAGNOSTICOS DSM IV	TRATAMIENTO		
								CODIGO PRESTACION	CANTIDAD DE PREST	FECHA DE INICIO

REFERENCIAS

*DIAGNÓSTICO POR CODIGO DSM IV (según planilla adjunta)

*CODIGOS DE PRESTACIÓN			
PSIQUITRÍA	PSICOLOGÍA	INTERNACIÓN PSICQUIATRÍCA	OTROS
1	2	3	4

Observaciones: