



Certificado de Tratamiento/Alta

El/la paciente.....

D.N.I.

Fecha de inicio de tratamiento,Alta.....

Tipificar Diagnóstico según DSM IV (Ejes I y II)

Tiempo libre de crisis.....

Medicación (SI LA HUBIESE)dosis.....

Evolución.....

Pronóstico.....

Indicar si la medicación interfiere en sus funciones cognitivas para la conducción de vehículos.

Sugerencias:

.....

.....
LUGAR Y FECHA

.....
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
(Legible)

- Nuestro Gabinete de Estudios Complementarios NO realiza certificados de tratamiento.