

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) <small>Duración mínima de sesión: 40 min.</small>	<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

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

MODALIDAD DE TRATAMIENTO

☐ Presencial☐ Virtual

☐ Mixta

BLOQUE TERAPÉUTICO

FRECUENCIA

..... sesiones

☐ Semanal☐ Quincenal☐ Mensual

Duración mínima de sesión: 30 min

ESQUEMA FARMACOLÓGICO: medicación y dosis/día

1

2

3

5.

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:	<div><input type="checkbox"/> Conservadas</div> <div><input type="checkbox"/> Dependencia parcial</div> <div><input type="checkbox"/> Dependencia total</div>
Instrumentales:	<div><input type="checkbox"/> Conservadas</div> <div><input type="checkbox"/> Dependencia parcial</div> <div><input type="checkbox"/> Dependencia total</div>
MODALIDAD DE TRATAMIENTO	
<div><input type="checkbox"/> Presencial</div> <div><input type="checkbox"/> Virtual - Justificación</div>	
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: IF-2026-10137748-APN-SRT#MCH

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Miércoles 28 de Enero de 2026

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.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2026.01.28 17:29:20 -03:00

E/E Fernando Gabriel Perez
Gerente General
Gerencia General
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL
ELECTRONICA - GDE
Date: 2026.01.28 17:29:20 -03:00