

INFORME DE EVALUACIÓN 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 EVALUACIÓN 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 - 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

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
- 4
- 5

Lugar y fecha

Firma, nombre y Nº 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

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Básicas: Conservadas Dependencia parcial Dependencia total

Instrumentales: Conservadas Dependencia parcial Dependencia total

MODALIDAD DE TRATAMIENTO

Presencial Virtual - Justificación

BLOQUE TERAPÉUTICO

FRECUENCIA

..... sesiones veces por semana

Duración mínima de sesión: 40 min.

Lugar y fecha

Firma, nombre y Nº de matrícula del profesional



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