

INFORME PSIQUIÁTRICO

D./Dña. con el nº de colegiado/a....., especialista en psiquiatría, a solicitud de la persona interesada y para su presentación en la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, señalo que:

- D./Dña.:

- N.I.F.:

- Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

- Fecha del último ingreso: ____ / ____ / ____

- Diagnóstico al ingreso (DSM-IV):

- Pronóstico relativo al tiempo del ingreso:

- Evolución:

- Posibilidades de recuperación:

- Posibilidad de tratamiento alternativo a la institucionalización:

- Diagnóstico en el momento actual (DSM-IV):

- Tratamiento actual:

- Centro de ingreso, declarando el facultativo firmante su independencia frente al mismo:

A la vista de todo lo indicado, el proceso a que se refiere el presente informe se puede calificar como:
(Márquese con "X" lo que corresponda)

☐ Crónico

☐ Crónico-agudizado

☐ Agudo

_____, a ____ de _____ de _____

(Firma del facultativo)