



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA

Informe

Número:

Referencia: ANEXO II Expediente Electrónico EX-2025-23391743- -APN-DGDYD#MJ

ANEXO II

ENTREVISTA Y EVALUACIÓN

Fecha: / /

1. DATOS:

Apellido y Nombres:.....

DNI:

Fecha de nacimiento: / /

Edad:

Nacionalidad:

Estado civil:

Zona de residencia:

Teléfonos de referencia:

Nombre del referente:

Tratamientos previos: SI (Detallar) NO

.....
.....

Comentario sobre el inicio del tratamiento actual:

.....

.....

2. **RED SOCIAL:**

2.1- **CONFIGURACIÓN FAMILIAR:**

Genograma: Detallar: Nombre completo, edad, parentesco y grupo conviviente.

Otros referentes:

-**Familiares/ vecinos:**

-**Instituciones:**

Observaciones:.....

.....

.....

2.2- **HISTORIA HABITACIONAL:**

Tipo de vivienda:.....

Situación de calle:.....

Pensión/hogar:.....

3. **ESCOLARIDAD /CAPACITACION:**

Nivel alcanzado:.....

Educación No Formal (oficios/talleres):

Formación laboral:.....

Proyección:.....

4. **HISTORIA LABORAL:**

.....

.....

5. **INTERESES CULTURALES:**

Artísticos:

Deportivos:

Religiosos:

Otros:

Deseos/ proyectos:.....

.....

6. **SALUD:**

6.1- CLÍNICA MÉDICA:

Último chequeo médico:

Enfermedades:

Chequeo odontológico:

Tratamientos en curso:

6.2- SALUD MENTAL:

Tratamientos psicológicos y psiquiátricos anteriores:

Internaciones/ hospital de día:

Medicación:

6.3- TRATAMIENTOS POR CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS:

Tratamientos anteriores:

Duración:

Institución:

Motivo de egreso:

Apreciaciones personales sobre el tratamiento:

Observaciones (detallar edad de inicio y tipo de consumo):

6.4- CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD:

.....

7. **ANTECEDENTES JUDICIALES:**

Antecedentes: Si/ No / No sabe

Motivo:

.....

Juzgado: Civil/ Penal / Familia/ Laboral/ Otro:.....

Estado de la causa: Abierta/ En suspenso/ Cerrada/ No sabe.

Observaciones:.....

.....

8. TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

Comentarios:.....

.....

.....

.....

9. EVALUACIÓN POR ÁREAS

Social:

.....

.....

Psicológica:

.....

.....

Psiquiátrica:

.....

.....

10. SÍNTESIS DIAGNÓSTICA

.....

.....

11. INDICACIÓN DE TRATAMIENTO TERAPÉUTICO

Dispositivo:

Tipo de seguimiento:

Entrevistador/a: Entrevistador/a:

