

**DIRECCION DE RECONOCIMIENTO MEDICO**  
**INFORME PSICOPATOLOGICO**

Agente:		DNI:
<u>FECHA DE CONSULTA</u>		
<u>Repartición:</u>		
<u>Función:</u>		
<b>Examen psico semiológico:</b>		

Esquema psicofarmacológico		A	D	M	C
1					
2					
3					

**DIRECCION DE RECONOCIMIENTO MEDICO**  
**INFORME PSICOPATOLOGICO**

**Evaluación Multiaxial (según DSM IV)**

Eje I	
Eje II	
Eje III	
Eje IV	
Eje V	

• **SE SUGIERE:**

• Firma:

Tel:

E-Mail:

• Sello:

Dirección: