



**INFORME PARA REINTEGRO TRAS UNA SUSPENSION POR SALUD MENTAL**

**(Se solicita escribir con letra imprenta y legible)**

El presente Informe, debe ser completado por profesional tratante de la especialidad de salud mental. El diagnóstico debe corresponder a un cuadro de salud mental bajo los criterios de DSM –V o CIE-10.

La información aquí presentada es estrictamente confidencial y sólo será revisada por la Comisión de Salud Mental (psicólogos y psiquiatras) con el fin de evaluar la solicitud.

**NOMBRE ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_

**RUT:** \_\_\_\_\_

**FECHAS DE PRIMERA Y ÚLTIMA ATENCION**

\_\_\_\_\_

**N° DE VECES (APROXIMADO) QUE LA/O HA ATENDIDO Y/O FRECUENCIA (SI CORRESPONDE)**

\_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO(S) DSM:** \_\_\_\_\_

**1. TRASTORNO CLINICO:** \_\_\_\_\_

**2. ASPECTOS DE PERSONALIDAD RELEVANTES (SI CORRESPONDE)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. OTROS** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**BREVE HISTORIA CON FUNDAMENTOS CLÍNICOS, EN LOS QUE SE BASÓ EL DIAGNÓSTICO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO/S RECIBIDO/S**

---

---

---

---

---

---

---

**DESCRIBA LA EVOLUCIÓN Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO DEL/LA ESTUDIANTE**

---

---

---

---

---

---

---

**EXPLIQUE LAS RAZONES POR LAS CUALES, EN SU OPINION, EL/LA ESTUDIANTE ESTÁ EN CONDICIONES DE RETOMAR SUS ESTUDIOS DESDE EL SEMESTRE EN QUE SE SOLICITA EL REINTEGRO**

---

---

---

---

---

---

---

**PSIQUIATRA** \_\_\_\_\_

**PSICOLOGO(A)** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO** \_\_\_\_\_ **CORREO ELECTRÓNICO** \_\_\_\_\_

**FECHA DEL INFORME:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_