

FORMULARIO DE INFORMACION ACERCA DE LA MEDICATION DEL PRESO

Fecha: _____

Número del Registrado: _____

INFORMACION DEL PRESO

NOMBRE COMPLETO LEGAL DEL PRESO: _____ FDN: _____

DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

INFORMACION DE CONTACTO FAMILIAR

NOMBRE DE CONTACTO FAMILIAR: _____ RELACION: _____

DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

NUMERO DE TELEFONO/DIA: _____ NUMERO DE TELEFONO /NOCHE: _____

TRATAMIENTO DEL PSIQUIATRA, . INFORMACIÓN DEL LOCAL

NOMBRE DEL PSIQUIATRA (Actual o el ultimo visto) _____ FECHA DE SU ULTIMO TRATAMIENTO: _____

DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

TELEFONO: _____ FAX: _____

INFORMACION MEDICA

DIAGNOSIS: _____

MEDICAMENTO DEL DIA: _____

MEDICAMENTO DE LA NOCHE: _____

EFFECTOS SECUNDARIOS ANTERIORMENTE CAUSADOS POR LAS MEDICINAS (p.e. efectos secundarios, alergias, medicamento que no trabajó): _____

¿CUÁNTO HACE DESDE LA ULTIMA VEZ QUE SE TOMO SUS MEDICINAS? _____

ES EL SUICIDIO UNA PREOCUPACION? NO _____ SI _____ SI ES QUE SI, POR QUE? _____

OTRAS PREOCUPACIONES MEDICAS: _____

NOMBRE DEL DOCTOR: _____ TELEFONO/OFICINA: _____

DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

NUMEROS DE FAX DE SALUD MENTAL EN LA CARCEL

CARCEL CENTRAL (RECEPCION)

FAX: (209) 525-5622 (Lunes a Viernes) o Fax: 525-5673 (Fin de Semana)

Si tiene algunas preguntas, porfavor deje su mensaje al (209) 525-5622

***MANDE UN FAX A SALUD MENTAL Y A SERVICIOS MEDICOS DEL SHERIFF CUANDO HAYA OTRAS CONDICIONES MEDICAS**