

FORMULARIO DE INFORMACION DE MEDICAMENTOS DE EL INTERNO

Si usted cree que su familiar esta en riesgo de suicidio o tiene una condición médica urgente que requiere atención inmediata, llame a la cárcel inmediatamente a (805) 781-4600 y preguntar por el sargento de guardia. OR "el Sargento de el día"

INFORMACION DEL INTERNO

NOMBRE COMPLETO DEL INTERNO: _____
DOMICILIO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ NUMERO DE INTERNO _____

INFORMACION DE CONTACTO DE FAMILIA

NOMBRE DE CONTACTO FAMILIAR: _____ PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____
NUMERO TELEFONO (DIA): _____ NUMERO TELEFONO (NOCHE): _____

INFORMACION DE PSIQUIATRA/ CENTRO DE TRATAMIENTO

PSIQUIATRA: _____ FECHA DE ULTIMO TRATAMIENTO: _____
NOMBRE DEL ULTIMO CENTRO DE TRATAMIENTO _____ FECHA: _____
DOMICILIO: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____
NUMERO TELEFONO _____ FAX: _____

Formas que no contienen su información de contacto no pueden ser consideradas válidas.

HISTORIAL MEDICO

DIAGNOSTICO: _____
MEDICAMENTOS (DIA): _____
CANTIDAD DE DOSIS _____
MEDICAMENTOS (NOCHE): _____
CANTIDAD DE DOSIS _____
HISTORIAL DE REACCION ADVERSA AL (LOS) MEDICAMENTO(S) (efectos secundarios, alergias): _____

SI SOSPECHAQUE EL INTERNO ESTE PENSANDO EN SUICIDARSE O QUEIRA SUICIDARSE POR FAVOR DE EXPLICAR _____

¿ALGUNA OTRA PREOCUPACION/CONDICION MEDICA? _____

MEDICAMENTOS RECETADOS PARA ESTAS CONDICIONES: _____

NOMBRE DE DOCTOR: _____ NUMERO DE TELEFONO : _____
DOMICILIO: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL _____

SERVICIO MEDICO Y SALUD MENTAL DE LA CARCEL
FAX (805) 781-4620

IMPRESIÓN

CAPACIDAD DE ENVIAR POR EMAIL (CORREO ELECTRONICO)