

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE MEDICACIÓN DE PRESOS

INFORMACIÓN DEL PRESO

NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL PRESO: _____

CALLE: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ N. DE REGISTRO: _____

UBICACIÓN EN LA CÁRCEL: TORRE: _____ PISO: _____ N. DE PASILLO: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA FAMILIA

NOMBRE DE FAMILIAR DE CONTACTO: _____ RELACIÓN: _____

CALLE: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

N. DE TELÉFONO POR EL DÍA: _____ N. DE TELÓFONO POR LA NOCHE: _____

FIRMA DEL CONTACTO x _____

INFORMACIÓN DE PSIQUIATRA O CENTRO DE TRATAMIENTO

PSIQUIATRA/ÚLTIMO CENTRO DE TRATAMIENTO: _____ ULTIMO DÍA DE TRATAMIENTO: _____

CALLE: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

N. DE TELÉFONO: _____ N. DE FAX: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

DIAGNÓSTICO: _____

MEDICINAS DE DIA: _____

MEDICINAS DE NOCHE: _____

EFFECTOS NEGATIVOS ANTERIORES (por ejemplo, efectos secundarios, alergias, escasa eficacia): _____

¿ES EL SUICIDIO UNA PREOCUPACIÓN? NO _____ SÍ _____ EN CASO AFIRMATIVO, ¿POR QUÉ? _____

OTRAS PREOCUPACIONES MÉDICAS: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ N. DE TELEFONO: _____

CALLE: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMEROS DE FAX DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL

FAX PARA HOMBRES – 213-972-4002 FAX PARA MUJERES – 323-568-4650

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS DEL SHERIFF – HOMBRES: 213-830-0681 MUJERES: 323-357-5679

ENVÍE UN FAX A AMBOS NÚMEROS CUANDO OTRAS CONDICIONES MÉDICAS SEAN RELATIVAS