

INFORMACIÓN DEL PRESO DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL PRESO

NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL PRESO: _____
CALLE: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ N. DE REGISTRO: _____
UBICACIÓN EN LA CÁRCEL: SANTA RITA: _____ GDDF : _____ 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 TELEFONO 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: _____
FARMACIA _____ N DE FAX _____ N DE TELEFONO _____

INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL

DIAGNÓSTICO: _____
MEDICINAS DE DIA: _____

MEDICINAS DE NOCHE: _____

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

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

OTRAS PREOCUPACIONES MÉDICAS Y OTRA INFORMACION DE SALUD MENTAL _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ N. DE TELEFONO: _____
CALLE: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMERO DE FAX DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL

925-551-6504