

**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**

FAX: 213-217-4850

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