

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS DEL PRISIONERO

Por favor, utilice este formulario para proveer a los Servicios de salud en Custodia información sobre la salud médica y mental, medicamentos y otras preocupaciones o problemas de salud del prisionero.

INFORMACIÓN ACERCA DEL PRISIONERO

NOMBRE COMPLETO Y LEGAL DEL PRISIONERO: _____

DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

FECHA DE NAC.: _____ NÚMERO DE RESERVA: _____

LOCALIDAD DE LA CÁRCEL: _____ ALOJAMIENTO: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO FAMILIAR

NOMBRE DEL CONTACTO FAMILIAR: _____ RELACIÓN: _____

DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

Nº TEL. DURANTE EL DÍA: _____ Nº TEL. DURANTE LA NOCHE: _____

INFORMACIÓN DEL SIQUIATRA/LUGAR DE TRATAMIENTO

SIQUIATRA/ÚLTIMO LUGAR DE TRATAMIENTO: _____ FECHA DEL ÚLTIMO TRATAMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TEL.: _____ FAX: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

DIAGNÓSTICO: _____

MEDICINA(S) DURANTE EL DÍA: _____

MEDICINA(S) DURANTE LA NOCHE: _____

EFFECTOS ADVERSOS DE MEDICAMENTOS ANTERIORES (efectos secundarios, alergias, poca eficacia): _____

¿ES EL SUICIDIO UNA PREOCUPACIÓN? NO SÍ SI RESPONDIÓ SÍ, ¿POR QUÉ? _____

OTRAS PREOCUPACIONES MÉDICAS: _____

NOMBRE DEL DOCTOR MÉDICO: _____ TEL. OFICINA: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

FAVOR DE ENVIAR POR FAX EL FORMULARIO COMPLETADO A LA INSTALACIÓN DONDE SE ALOJA EL PRISIONERO

CÁRCEL PRINCIPAL: (408) 808-5245 • ELMWOOD: (408) 946-8023

INFORMACIÓN SOBRE ALOJAMIENTO PARA PRISIONEROS ESTÁ DISPONIBLE EN: <https://eservices.sccgov.org/OVR/FindInmate/Find>