

## THÔNG TIN VỀ THUỐC CỦA PHẠM NHÂN

Xử dụng mẫu giấy này để cung cấp cho Dịch Vụ Y Tế Trại Giám các thông tin về y khoa, tâm trí, thuốc, và các vấn đề hoặc sự việc liên quan đến sức khỏe của phạm nhân.

### THÔNG TIN VỀ PHẠM NHÂN

HỌ VÀ TÊN CỦA PHẠM NHÂN: \_\_\_\_\_

ĐỊA CHỈ: \_\_\_\_\_ T.PHỐ: \_\_\_\_\_ T.BANG: \_\_\_\_\_ ZIP CODE: \_\_\_\_\_

NGÀY SANH: \_\_\_\_\_ SỐ BOOKING: \_\_\_\_\_

ĐỊA ĐIỂM TRẠI GIAM: \_\_\_\_\_ HOUSING: \_\_\_\_\_

### THÔNG TIN LIÊN LẠC GIA ĐÌNH

TÊN THÂN NHÂN LIÊN LẠC: \_\_\_\_\_ MỐI LIÊN HỆ: \_\_\_\_\_

ĐỊA CHỈ: \_\_\_\_\_ T.PHỐ: \_\_\_\_\_ T.BANG: \_\_\_\_\_ ZIP CODE: \_\_\_\_\_

ĐIỆN THOẠI BAN NGÀY: \_\_\_\_\_ Đ. THOẠI BUỔI TỐI: \_\_\_\_\_

### THÔNG TIN VỀ VIỆC ĐIỀU TRỊ VỚI BÁC SĨ/ CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ TÂM TRÍ

BÁC SĨ/CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ TÂM TRÍ LẦN CUỐI \_\_\_\_\_ NGÀY ĐIỀU TRỊ LẦN CUỐI: \_\_\_\_\_

ĐỊA CHỈ: \_\_\_\_\_ T.PHỐ: \_\_\_\_\_ T.BANG: \_\_\_\_\_ ZIP CODE: \_\_\_\_\_

ĐIỆN THOẠI: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

### THÔNG TIN Y KHOA

ĐỊNH BỆNH : \_\_\_\_\_

THUỐC DÙNG BAN NGÀY: \_\_\_\_\_

THUỐC DÙNG BUỔI TỐI: \_\_\_\_\_

HẬU QUẢ XẤU TRƯỚC ĐÂY CỦA THUỐC (như tác dụng phụ, dị ứng thuốc, kém hiệu quả): \_\_\_\_\_

CÓ LO NGẠI VỀ VIỆC TỰ TỬ? KHÔNG \_\_\_\_ CÓ \_\_\_\_ NẾU CÓ, TẠI SAO? \_\_\_\_\_

QUAN TÂM VỀ BỆNH TRẠNG KHÁC: \_\_\_\_\_

TÊN CỦA BÁC SĨ Y KHOA: \_\_\_\_\_ Đ.THỌẠI VĂN PHÒNG: \_\_\_\_\_

ĐỊA CHỈ: \_\_\_\_\_ T.PHỐ: \_\_\_\_\_ T.BANG: \_\_\_\_\_ ZIP CODE: \_\_\_\_\_

PLEASE FAX THE COMPLETED FORM TO THE FACILITY WHERE THE INMATE IS HOUSED:  
MAIN JAIL: (408) 808-5245 • ELMWOOD: (408) 946-8023

INMATE HOUSING INFORMATION IS AVAILABLE AT: <https://eservices.sccgov.org/OVR/FindInmate/Find>