

**FORMULARIO DE INFORMACION DE MEDICAMENTOS DE EL INTERNO**

Si usted cree que su familiar esta en riesgo de suicidio o tiene una condición médica urgente que requiere atención inmediata, llame a la cárcel inmediatamente a (805) 781-4600 y preguntar por el sargento de guardia. OR "el Sargento de el día"

**INFORMACION DEL INTERNO**

NOMBRE COMPLETO DEL INTERNO: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE INTERNO \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE CONTACTO DE FAMILIA**

NOMBRE DE CONTACTO FAMILIAR: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
NUMERO TELEFONO (DIA): \_\_\_\_\_ NUMERO TELEFONO (NOCHE): \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE PSIQUIATRA/ CENTRO DE TRATAMIENTO**

PSIQUIATRA: \_\_\_\_\_ FECHA DE ULTIMO TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ULTIMO CENTRO DE TRATAMIENTO \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
NUMERO TELEFONO \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Formas que no contienen su información de contacto no pueden ser consideradas válidas.

**HISTORIAL MEDICO**

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_  
MEDICAMENTOS (DIA): \_\_\_\_\_  
CANTIDAD DE DOSIS \_\_\_\_\_  
MEDICAMENTOS (NOCHE): \_\_\_\_\_  
CANTIDAD DE DOSIS \_\_\_\_\_  
HISTORIAL DE REACCION ADVERSA AL (LOS) MEDICAMENTO(S) (efectos secundarios, alergias): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ES EL SUICIDIO UNA PREOCUPACION? SI/NO, SI, POR QUE?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿ALGUNA OTRA PREOCUPACION/CONDICION MEDICA? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS RECETADOS PARA ESTAS CONDICIONES: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE DOCTOR: \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO : \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

**SERVICIO MEDICO Y SALUD MENTAL DE LA CARCEL**

**FAX (805) 781-4620**

IMPRESIÓN

CAPACIDAD DE ENVIAR POR EMAIL (CORREO ELECTRONICO)