

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE MÉDICA DEL RECLUSO

INFORMACIÓN DEL PRESO

NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL PRESO: _____

CALLE: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ N. DE REGISTRO: _____

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 TELÉFONO POR LAW NOCHE: _____

FIRMA DEL CONTACTO: x _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

PSIQUIATRA/ÚLTIMO CENTRO DE TRATAMIENTO: _____ ÚLTIMO DÍA DE TRATAMIENTO: _____

CALLE: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

N. DE TELÉFONO: _____ N. DE FAX: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ N. DE TELÉFONO: _____

CALLE: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

INFORMACIÓN DE SALUD

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO: _____

DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

ALERGIAS: _____

MEDICINAS (COMO DOSIS Y FRECUENCIA): _____

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

OTRAS PREOCUPACIONES: _____



****No dude en proporcionar páginas adicionales para incluir más información o detalles****

NÚMEROS DE FAX DEL SERVICIO DE MÉDICO DE LA CÁRCEL DEL CONDADO DE LANE

Fax: 541-682-2280

LANE COUNTY JAIL

**101 W 5th Ave
Eugene, OR 97401**

<http://www.LaneSheriff.org>

Página de