

MEDICAMENTO PARA RECLUSOS/FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL

ATENCIÓN MÉDICA DE LA CORRECCIONAL (PROVEEDOR DE CUIDADOS DE LA SALUD PARA LA CÁRCEL DEL CONDADO DE DUTCHESS)
FAX (845) 452-5237 TELÉFONO DE OFICINA (845) 486-3918 (El CMC están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana)

Antes de enviar este formulario por fax, usted deberá de llamar al departamento de medicina para avisarles que va a enviar un fax

Enviado por fax al personal del CMC (nombre y título) _____ Entregado a mano al personal del CMC (nombre y título) _____

INFORMACIÓN DEL RECLUSO

Nombre completo del recluso: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Núm. de ficha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Si no hay dirección en el archivo, ¿es el recluso una persona sin techo? Sí _____ No _____

En caso de responder Sí, ¿cuánto tiempo lleva viviendo así? _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO FAMILIAR

Nombre del contacto familiar: _____ Relación con el recluso: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono durante el día: _____ Teléfono por las noches: _____ Firma del contacto: _____

INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA/DE SALUD MENTAL

¿Tiene el recluso algún historial de tratamiento psiquiátrico? Sí _____ No _____

En caso de responder Sí, nombre del psiquiatra/terapeuta/de la última institución de tratamiento: _____

Fecha del último tratamiento: _____

¿Se ha hospitalizado al recluso para tratamiento psiquiátrico? Sí _____ No _____

En caso de responder Sí, ¿cuántas hospitalizaciones?: _____ Fecha del último tratamiento: _____

¿Le preocupa un suicidio? Sí _____ No _____ En caso de responder Sí, ¿por qué? _____

¿El recluso ha intentado suicidarse? Sí _____ No _____ En caso de responder Sí, dé la fecha(s) del intento de suicidio y el método usado: _____

¿Se le está dando al recluso tratamiento hospitalario o ambulatorio en una institución? Sí _____ No _____

En caso de responder Sí, dé el nombre del psiquiatra/terapeuta/de la institución de tratamiento: _____

Fecha del último tratamiento: _____

¿Tiene el recluso una Orden de Tratamiento Ambulatorio Asistido o AOT? Sí _____ No _____

¿Ha tenido el recluso comunicación con el equipo de Tratamiento Comunitario Asertivo? Sí _____ No _____

Diagnóstico psiquiátrico: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del doctor: _____ Teléfono del consultorio: _____

Favor de enlistar todos los medicamentos que requieren receta médica: _____

Nombre de la farmacia: _____ Efectos adversos al medicamento previos (por ejemplo, efectos secundarios, alergias, resultados pobres o alarmantes): _____

¿Ha estado tomando sus medicamentos el recluso? Sí _____ No _____ En caso de responder No, ¿cuánto tiempo ha pasado sin tomar su(s) medicamento(s)? _____

Por favor enliste cualquier preocupación médica: _____

¿Se automedica el recluso? Sí _____ No _____ En caso de responder Sí, ¿con qué? _____

Diagnóstico médico _____

¿Cumple el recluso con el plan de salud mental /tratamiento médico? Sí _____ No _____

DECLARACIÓN DE AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD: ESTE FORMULARIO ES PARTE DE UNA GUÍA LLAMADA "MI PARIENTE/AMIGO CON UNA ENFERMEDAD (TRASTORNO MENTAL) HA SIDO ARRESTADO - ¿QUÉ HAGO AHORA?". ESTA GUÍA TIENE PROPÓSITO EDUCATIVO SOLAMENTE Y NO CONSTITUYE CONSEJO LEGAL. LOS VOLUNTARIOS DE NAMI Y DEMÁS PERSONAS INVOLUCRADAS EN EL DESARROLLO DE ESTA GUÍA Y ESTE FORMULARIO, NO SON ABOGADOS. NINGUNO TIENE LA INTENCIÓN DE SUSTITUIR EL CONSEJO LEGAL DE UN PROFESIONAL. POR FAVOR AYUDE A SU FAMILIAR/AMIGO A OBTENER RESPRESENTACIÓN LEGAL APROPIADA.

Revised 09/2016