



**Departamento de Salud y
Comportamiento Servicios de
Crisis Comunitarios**

Dr. Georgina Yoshioka
DSW, MBA, LCSW
Directora
Jennifer Alsina, MBA
Directora Asistente
Marina Espinosa, MPA
Directora Asistente

Fecha:
Domicilio:
Fecha de Servicio:

Estimado

En el día de _____, Servicios de Crisis Comunitarios (CCS) fue llamado y nos pidieron que evaluáramos el cliente para determinar la necesidad de servicios de salud mental de emergencia inmediata. Hablamos con _____ y evaluamos:

Adjunto encontrará las siguientes formas: Reconocimiento de Haber Recibido el Anuncio de las Prácticas de Privacidad (HIPAA), Consentimiento para el Tratamiento Ambulatorio, Notificación de Queja al Cliente, Notificación Anticipada de Directivas de Atención Médica, Formulario(s) de Divulgación de Información y Acuerdo de Liberación y Exención de Responsabilidad y Declaración Jurada del Cuidador. Por favor revise las formas, firme para dar su consentimiento y regrese ambas formas en el sobre incluido. Si desea obtener información sobre los servicios de salud mental para consulta externa, por favor de llamar **(888) 743-1478**. Si usted cree que usted o su hijo/a están en peligro de lastimarse a sí mismo o a alguien más, por favor llame al **911**. También puede llamar a CCS al número de Teléfono: **(800) 398-0018** o Texto/Localizador Electrónico:**(909) 420-0560**. Los servicios de emergencia CCS están disponibles **las 24 horas del día/365 días al año**

Gracias,

Servicios de Crisis Comunitarios (CCS)

Office Use Only
 Community Crisis Services (CCS) - Phone: (800) 398-0018, Text/Pager: (909) 420-0560

-
-
-
-
-