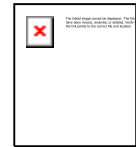




SAN BERNARDINO COUNTY SHERIFF'S DEPARTMENT
FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE MEDICACIÓN DE PRESOS



Esta forma se puede completar via internet o se puede imprimir y completar á mano

INFORMACIÓN DEL PRESO				
NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL PRESO: _____			FECHA DE NACIMIENTO: _____	
OSTROS NOMBRES: _____			N. DE REGISTRO: _____	
CALLE: _____	CIUDAD: _____	ESTADO: _____	CÓDIGO POSTAL: _____	
UBICACIÓN EN LA CÁRCEL:	<input type="checkbox"/> WVDC	<input type="checkbox"/> GHRC	<input type="checkbox"/> CDC	<input type="checkbox"/> ADC

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 LA NOCHE: () - _____		
FIRMA DEL CONTACTO: X				

INFORMACIÓN DE PSIQUIATRA O CENTRO DE TRATAMIENTO				
PSIQUIATRA/ÚLTIMO CENTRO DE TRATAMIENTO: _____			ULTIMO DÍA DE TRATAMIENTO: _____	
CALLE: _____	CIUDAD: _____	ESTADO: _____	CÓDIGO POSTAL: _____	
N. DE TELÉFONO: () - _____		N. DE FAX: () - _____		

INFORMACIÓN MÉDICA				
DIAGNÓSTICO: _____				
MEDICINAS DE DIA: _____				
MEDICINAS DE NOCHE: _____				
EFECTOS NEGATIVOS ANTERIORES (por ejemplo, efectos secundarios, alergias, escasa eficacia): _____				
¿ES EL SUICIDIO UNA PREOCUPACIÓN? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SÍ EN CASO AFIRMATIVO, ¿POR QUÉ? _____				
OTRAS PREOCUPACIONES MÉDICAS: _____				
NOMBRE DEL MÉDICO: _____			N. DE TELÉFONO: () - _____	
CALLE: _____	CIUDAD: _____	ESTADO _____	CÓDIGO POSTAL: _____	

ENVÍE UN FAX A AMBOS NÚMEROS CUANDO OTRAS CONDICIONES MÉDICAS SEAN RELATIVIAS

N. de Fax	WVDC	GHRC	CDC	ADC
Depto Medico	(909) 463-5180	(909) 473-2643	(909) 386-0939	(760) 530-9374
Depto Salud Mental	(909) 463-5233	(909) 463-5233	(909) 463-5233	(909) 463-5233