

**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 CLACKAMAS**

**Fax: 503-722-6766**

**Clackamas County Jail  
2206 Kaen Road  
Oregon City, OR 97045**