

**MEDICAMENTO PARA RECLUSOS/FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL**

**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 \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN MÉDICA PENAL (PROVEEDOR DE CUIDADOS DE LA SALUD PARA LA CÁRCEL DEL CONDADO DE DUTCHESS)**

FAX (845) 452-5237 TELÉFONO DE OFICINA (845) 486-3918

*(Los consultores de manejo de caso están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana)*

*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 12/2015*