



LOS ANGELES COUNTY-DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

اطلاعات مورد توجه در خصوص مراجعه کننده DMH

در صورتیکه این یک مورد اضطراری روانی است،
لطفاً با مرکز دسترسی 1 800 854-7771 DMH یا 911 تماس حاصل فرمایید.

آیا به مراجعه کننده اطلاع داده شده است که این فرم تکمیل می شود؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
نام تکمیل کننده فرم:	تاریخ:
نسبت با مراجعه کننده:	شماره تلفن:
نام مراجعه کننده:	تاریخ تولد:
این نسخه با اطلاعات درست امضا شد، اینجانب تمایل دارم بر اساس اطلاعات این فرم با من تماس گرفته شود. <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
لطفاً موارد قابل توجه یا اطلاعاتی را که می خواهید به ما منعکس شود ذکر فرمایید.	
آیا در خصوص موارد ذکر شده در زیرکنته تکمیلی قابل توجه دیگری که مایل به ذکر آن باشید وجود دارد؟ (لطفاً در صورت لزوم از برگ اضافه استفاده نمایید.)	
<input type="checkbox"/> شرایط زندگی <input type="checkbox"/> مسائل قانونی <input type="checkbox"/> تشخیص <input type="checkbox"/> مسائل مربوط به مواد مخدر <input type="checkbox"/> داروها <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> رفتار <input type="checkbox"/> برنامه درمان <input type="checkbox"/> سایر موارد	
در صورت انتخاب هر یک از موارد دغدغه خود را بیان کنید.	

من مطلع هستم که تکمیل این فرم به فراهم آوری اطلاعات جهت اعضای تیم درمان مراجعه کنندگان کمک خواهد نمود. منبع این اطلاعات ممکن است بیا شخص مراجعه کننده در صورت تشخیص تیم درمانی در میان گذاشته شود.

تاریخ

امضاء

لطفاً فرم تکمیل شده را به DMH - بخش دریافت کنندگان خدمات و امور خانواده (OFFICE OF CONSUMER AND FAMILY AFFAIRS) فکس نمایید: (213) 252-8767

اگر تمایل دارید با یک مدافع خانوادگی DMH، لطفاً با این شماره تماس بگیرید: (213) 738-3948