



LOS ANGELES COUNTY-DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
Информация, предоставленная заинтересованной стороной о клиенте DMH

ЕСЛИ ВЫ СТОЛКНУЛИСЬ С ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СИТУАЦИЕЙ, ПОЗВОНИТЕ В ЦЕНТР ДОСТУПА DMH ПО НОМЕРУ 1 800 854-7771 ИЛИ НАБЕРИТЕ 911.

Уведомлён ли клиент о заполнении данной формы? ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	
Имя лица, заполняющего форму:	Дата:
Кем Вы приходите клиенту:	Номер телефона:
Имя клиента:	Дата рождения:
При условии подписания соответствующего документа о раскрытии информации я бы хотел (хотела), чтобы со мной связались по поводу сведений, указанных в данной форме. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
Пожалуйста, изложите конкретную (-ые) проблему (-ы) или информацию, о которой Вы хотели бы сообщить нам.	
Хотели бы Вы сообщить нам о дополнительной (-ых) проблеме (-ах) из перечисленных ниже? (В случае необходимости Вы можете добавить страницы.)	
<input type="checkbox"/> Жизненная ситуация <input type="checkbox"/> Правовые вопросы <input type="checkbox"/> Диагноз <input type="checkbox"/> Злоупотребление веществами <input type="checkbox"/> Лекарство (-а) <input type="checkbox"/> Медицинские <input type="checkbox"/> Поведение <input type="checkbox"/> План лечения <input type="checkbox"/> Другое:	
Если Вы отметили какой-либо из пунктов выше, опишите проблему (-ы).	

Я понимаю, что заполнение данной формы поможет в получении информации специалистами, которые будут лечить клиента. По усмотрению лечащих специалистов клиенту могут сообщить источник получения данной информации.

Подпись _____

Дата _____

ПОЖАЛУЙСТА, ОТПРАВЬТЕ ЗАПОЛНЕННУЮ ФОРМУ ПО ФАКСУ В DMH—OFFICE OF CONSUMER AND FAMILY AFFAIRS: (213) 252-8767. ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ПОГОВОРИТЬ С АДВОКАТОМ ПО СЕМЕЙНЫМ ДЕЛАМ DMH, ПОЗВОНИТЕ ПО НОМЕРУ: (213) 738-3948.