



## LOS ANGELES COUNTY-DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

معلومات من الأطراف المعنية بعملاء قسم الصحة النفسية

إذا كانت هذه حالة نفسية طارئة،

الرجاء الاتصال بمركز الوصول لقسم الصحة النفسية على **18008547771** أو الاتصال بـ **911**.

هل تم إبلاغ العميل بأنه يتعين تعبئة هذه الاستمارة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
اسم الشخص الذي يعيىء الاستمارة:	التاريخ:		
علاقته بالعميل:	رقم الهاتف:		
اسم العميل:	تاريخ الميلاد:		
بافتراض أنه تم التوقيع على المنشور المناسب، أود أن يتم الاتصال بي بشأن المعلومات الواردة في هذا النموذج. <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
الرجاء وصف الشواغل أو المعلومات المحددة التي ترغب في تزويدنا بها.			
هل لديك شواغل إضافية ترغب في تزويدنا بها تتعلق بما يلي؟ (الرجاء إضافة صفحات إضافية عند الضرورة.)			
<input type="checkbox"/> الوضع المعيشي	<input type="checkbox"/> المسائل القانونية	<input type="checkbox"/> التشخيص	<input type="checkbox"/> قضايا المواد الممنوعة
<input type="checkbox"/> الدواء (الأدوية)	<input type="checkbox"/> المسائل الطبية	<input type="checkbox"/> السلوك	<input type="checkbox"/> خطة العلاج
<input type="checkbox"/> أخرى:			
إذا تم الفحص، برجاء وصف شواغلك.			

إنني أدرك أن تعبئة هذا النموذج سيساعد على توفير المعلومات لأعضاء الفريق المعالج للعميل. وقد يتم تبادل مصادر هذه المعلومات مع العميل وفقاً لتقديرات فريق العلاج.

التاريخ

التوقيع

الرجاء إرسال الاستمارة المعبأة إلى قسم الصحة النفسية - OFFICE OF CONSUMER AND FAMILY AFFAIRS : 8767 - 252 (213). وإذا كنت ترغب في التحدث مع محام الأسرة بقسم الصحة النفسية، الرجاء الاتصال على 3948 - 738 (213).