



LOS ANGELES COUNTY-DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
Thông Tin từ Bên Liên Quan về Khách Hàng DMH

NẾU ĐÂY LÀ MỘT TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP VỀ TÂM THẦN,
XIN HÃY GỌI ĐẾN TRUNG TÂM TIẾP CẬN DMH THEO SỐ 1 800 854-7771 HOẶC QUAY SỐ 911.

Khách hàng đã được thông báo về việc mẫu đơn này đang được điền? CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/>	
Tên của Người Điền vào Mẫu đơn:	Ngày:
Liên hệ với Khách hàng:	Số điện thoại:
Tên Khách hàng:	Ngày sinh:
Với điều kiện bản phát hành hợp lệ đã được ký tên, tôi mong muốn được liên lạc về các thông tin trên mẫu đơn này. <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG	
Vui lòng mô tả (các) mối quan tâm cụ thể hoặc thông tin quý vị muốn chuyển tiếp đến cho chúng tôi.	
Quý vị có thêm (các) mối quan tâm mà quý vị muốn chuyển tiếp về bất kỳ điều nào sau đây? (Vui lòng thêm các trang bổ sung nếu cần.)	
<input type="checkbox"/> Điều kiện Sống <input type="checkbox"/> Vấn đề Pháp lý <input type="checkbox"/> Chẩn đoán <input type="checkbox"/> Vấn đề Chất gây nghiện <input type="checkbox"/> (Các loại) Thuốc <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Y Tế <input type="checkbox"/> Hành vi <input type="checkbox"/> Kế hoạch Điều trị <input type="checkbox"/> Khác:	
Nếu được đánh dấu, vui lòng mô tả (các) mối quan tâm của quý vị.	

Tôi hiểu rằng việc hoàn thành mẫu này sẽ giúp cung cấp thông tin cho các thành viên trong nhóm điều trị của khách hàng. Nguồn thông tin này có thể được chia sẻ với khách hàng theo chủ ý của nhóm điều trị.

Chữ ký

Ngày

VUI LÒNG FAX MẪU ĐƠN ĐÃ HOÀN THÀNH ĐẾN DMH - OFFICE OF CONSUMER AND FAMILY AFFAIRS: (213) 252-8767.
NẾU QUÝ VỊ MUỐN NÓI CHUYỆN VỚI MỘT TƯ VẤN VIÊN GIA ĐÌNH CỦA DMH, XIN HÃY GỌI ĐẾN SỐ (213) 738-3948.