LOS ANGELES COUNTY-DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

Impormasyon mula sa May Kinalamang Partido sa Kliyente ng DMH

KUNG ITO AY ISANG PSYCHIATRIC EMERGENCY,
PAKI-TAWAGAN ANG DMH ACCESS CENTER SA 1 800 854-7771 O I-DIAL ANG 911.

Napagbigay-alam na ba sa kliyente na ang form ay kinukumpleto na? OO ❑ HINDI ❑	
Pangalan ng Taong Nagkukumpleto ng Form:	**Petsa:**
Relasyon sa Kliyente:	**Numero ng telepono:**
Pangalan ng Kliyente:	**Petsa ng Kapanganakan:**
Sa kondisyong ang tamang pagpapalabas ay nilagdaan na, sana kayo ay makipag-ugnayan sa akin tungkol sa impormasyon na nasa form na ito. ❑ OO ❑ HINDI	

Paki-larawan ang partikular na (mga) alalahanin o impormasyon na nais mong iparating sa amin.

Mayroon ka bang karagdagang (mga) alalahanin na nais mong iparating tungkol sa mga sumusunod?
(Mangyaring maglagay ng karagdagang pahina kung kailangan.)

❑ Sitwasyon ng Pamumuhay	❑ Mga Isyung Ligal	❑ Diyagnosis	❑ Mga Isyu sa Gamot
❑ (mga) Gamot	❑ Medikal	❑ Pag-uugali	❑ Plano sa Gamutan
❑ Iba pa:			

Kung iyong i-tsinek, paki-larawan ang iyong (mga) alalahanin.

Aking nauunawaan na ang pagkumpleto ng form na ito ay tutulong sa pagbibigay ng impormasyon sa mga miyembro ng pangkat na maggagamot sa kliyente. Ang pinagkunan ng impormasyong ito ay maaaring ibahagi sa kliyente sa pagpapasya ng pangkat na maggagamot.

_____ _____

Lagda ***Petsa***

PAKI-FAX ANG NAKUMPLETONG FORM SA DMH - OFFICE OF CONSUMER AND FAMILY AFFAIRS: (213) 252-8767.
KUNG IKAW AY INTERESADO SA PAKIKIPAG-USAP SA ISANG TAGAPAGTAGUYOD NG DMH FAMILY, PAKI-TAWAGAN ANG (213) 738-3948.