



ارجاع به مراقبت اولیه
خدمات سلامت رفتاری شهرستان سن دیگو (SDCBHS)



بخش آ) دلیل ارجاع	
<input type="checkbox"/> (آ) برای مراقبت سلامت فیزیکی - SDCBHS به ارائه خدمات تخصصی سلامت روانی ادامه خواهد داد.	<input type="checkbox"/> (ب) برای کل مراقبت سلامت - SDCBHS دیگر درمان عادی را ارائه نمی کند. مشاوره روانی ارائه می کند.
بخش ب) اطلاعات متقاضی و اطلاعات سلامت روانی	
مخفف نام میانی:	نام:
همچنین معروف به:	
<input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مونث	تاریخ تولد:
آخرین بستری شدن روانی:	نشانی خیابان:
تاریخ:	شهر، ایالت و کد پستی:
<input type="checkbox"/> ناموجود:	شماره تلفن:
علائم کنونی سلامت روانی:	تشخیص کنونی سلامت روانی:
داروها و دوزهای کنونی سلامت روانی و غیر روانی:	
مشکلات شناخته شده سلامت فیزیکی:	

یک نسخه از این فرم را در پرونده پزشکی متقاضی قرار دهید



ارجاع به مراقبت اولیه

خدمات سلامت رفتاری شهرستان سن دیگو (SDCBHS)



بخش پ) اطلاعات ارائه کننده سلامت رفتاری

نام، سازمان یا گروه پزشکی:

نشانی خیابان:

شهر، ایالت، کد پستی:

شماره تلفن:

شماره فاکس:

بخش ت) تماس های سلامت رفتاری برای اطلاعات بیشتر

روانشناس:

تلفن:

پرستار:

تلفن:

مدیر پرونده یا پزشک بالینی:

تلفن:

بخش ث) اطلاعات ارائه کننده مراقبت اولیه

نام، سازمان یا گروه پزشکی:

نشانی خیابان:

شهر، ایالت، کد پستی:

تلفن:

شماره فاکس:

بخش ج) پذیرفته شده برای درمان یا برگرداننده شده به SDCBHS

بیمار پذیرفته شده برای درمان سلامت فیزیکی

بیمار پذیرفته شده برای درمان با داروهای روان گردان

بیمار برای درمان با داروهای روان گردان پذیرفته نشده و بازگرداننده شده به دلیل:

یک نسخه از این فرم را در پرونده پزشکی متقاضی قرار دهید