Rev. 12/2016

Estado Libre Asociado de Puerto Rico Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción Administración Auxiliar de Prevención y Promoción de la Salud Mental

PROGRAMA LEY 22 TARJETA DE INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL PACIENTE Y PLANES DE PAGO

Apellido Pate	erno, Apellid	Apodo:	Sexo: MF		a de Nacimiento:		
Edad:	Nombre de	el Padre:		Nombre	de la Madre:	1 -	ro Social: XX
Estado Civil:		Escolaridad:		Trabaja: Sí	_No	Espec	cifique Trabajo:
Composición	Familiar:	Dirección Postal:		Direcci	ión Residencial	:	Teléfono:
Fecha del Referido:		Fecha de Sentencia:		Tribunal:		Firma de Técnico:	
Concentracio en la Sangre		Plan Médico:	Número Licencia:		Fecha de Expiración:		Número Caso Criminal:

Fecha	Número de Charla	Abono	Balance	Firma	Comentarios