

Lista de datos que le podrían pedir los centros regionales cuando solicita obtener servicios

Es posible que el centro regional le pida la información que figura abajo. Si copia este formulario y lo llena, le ayudará a estar preparado cuando solicite servicios.

Si tiene preguntas sobre estos datos, llame a la OCRA o a Disability Rights California.

Sobre Usted

Nombre: _____

Dirección: _____
 calle ciudad estado código postal

Número de teléfono: _____

Nombre de su padre/madre o tutor: _____

Sus datos médicos

Escriba todos los médicos, psicólogos u otros profesionales de la salud que lo hayan atendido:

1. Nombre del médico: _____ No. de tel.: _____
 Dirección: _____
 calle ciudad estado código postal

2. Nombre del médico: _____ No. de tel.: _____
 Dirección: _____
 calle ciudad estado código postal

3. Nombre del médico: _____ No. de tel.: _____
 Dirección: _____
 calle ciudad estado código postal

4. Nombre del médico: _____ No. de tel.: _____
 Dirección: _____
 calle ciudad estado código postal

5. Nombre del médico: _____ No. de tel.: _____
 Dirección: _____
 calle ciudad estado código postal

Página en blanco