



# COUNTY OF MONTEREY HEALTH DEPARTMENT

Elsa Jimenez, Director of Health

Administration  
Behavioral Health

Clinic Services  
Emergency Medical Services  
Environmental Health/Animal Services

Public Health  
Public Administrator/Public Guardian

Fecha:

Nombre del Destinatario:

Street Address:

Ciudad, Estado, Codigo Postal:

Para:

En cumplimiento de las leyes del estado, el programa de Salud Mental del Condado de Monterey le está informando de una amenaza hecha contra usted por uno de nuestros clientes de salud mental.

Nombre del cliente:

El cliente indico lo siguiente:

Contenido de la amenaza:

Fecha y hora de la amenaza: at

Además de darle este informe, se le notificará también a las autoridades locales en su área de residencia y la área de residencia de la persona que hizo amenazas graves contra usted.

Para más preguntas o preocupaciones, póngase en contacto con conmigo:

Numero de telefono del personal:

Atentamente,

Firma del personal

Nombre del personal y titulo:

Fecha:

Firma del Supervisor o Gerente:

Nombre del Supervisor o Gerente:

Fecha: