Junta de Compensación para Víctimas de Delitos 500 Mero St., Frankfort, KY 40601 crimevictims@ky.gov 502-782-8255

INFORME DEL CONSEJERO DE SALUD MENTAL

Complete solo si solicita terapia mental o, cuando corresponda, por pérdida de salario.

Para ser completado únicamente por el CONSEJERO. Se debe adjuntar el plan de tratamiento.

Víctima/Reclamante que recibe tratamiento:				
Fecha del crimen:	Fech	a(s) en que la víctima/reclamant	a	
El trauma y el tratamiento se	on resultado directo de	e este delito () Sí () No		
Presentación de queja:				
Diagnóstico de registro:				
Descripción del trauma psic	ológico resultante del	delito:		
Seguro de salud: nombre de empresa Número de teléfono		o de teléfono/extensión		
DIRECCIÓN	Ciudad	Estado	Código postal	-
POR FAVOR ADJUNTE EL	PLAN DE TRATAMIENT	O DEL PACIENTE		
Nombre del médico/terapeuta/consejero:		Especialidad:		
Dirección de la oficina:				
DIRECCIÓN		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono: Número de licencia estatal:				
Firma del médico/terapeuta/conseje	ro		Fecha	

Revisado en agosto de 2020