

Health Services Request

Petición Para Servicios de Salud

For Medical Use Only / Para Uso Medico Solamente

Reviewed by:

Date Received:

Time Received:

a.m./p.m.

Date Of Request:
Fecha:

Inmate Name:
Nombre:

Number:
Numero:

Housing Unit:
Unidad:

Request for:

Medical Care
Atención Medica

Dental Care
Atención Dental

Medication Reorder
Reordenar Medicación

Medication Refill
Rellenar la Medicación

Nature of problem:

Descripción del problema:

*Place This Slip In Medical Request Box Or Designated Area
Ponga en la Caja de Peticiónes Medicas en Area Designada*

DRC 5373 (Rev. 08/07)

Health Services Request

Petición Para Servicios de Salud

For Medical Use Only / Para Uso Medico Solamente

Reviewed by:

Date Received:

Time Received:

a.m./p.m.

Date Of Request:
Fecha:

Inmate Name:
Nombre:

Number:
Numero:

Housing Unit:
Unidad:

Request for:

Medical Care
Atención Medica

Dental Care
Atención Dental

Medication Reorder
Reordenar Medicación

Medication Refill
Rellenar la Medicación

Nature of problem:

Descripción del problema:

*Place This Slip In Medical Request Box Or Designated Area
Ponga en la Caja de Peticiónes Medicas en Area Designada*

DRC 5373 (Rev. 08/07)