Department of Corrections
WASHINGTON STATE

"KITE" PARA SERVICIOS DE SALUD

Se usa este formulario para pedir servicios médicos no urgentes,
salvo en instituciones en donde se usa el quiosco u hoja en donde apuntar los nombres.

LETRA DE MOLDE, POR FAVOR ***El pedir servicios de salud puede resultar en un copago.***

APELLIDO			NOMBRE	
NUMERO DE DOC	INSTITUCION	UNIDAD/CELDA	FECHA	HORA
TRABAJO/PROGRAMA	TRABAJO/HORAS DEL PROGRAMA		DIAS LIBRES	

Si piensa usted que tiene una emergencia médica de verdad, avise al personal y no use este formulario.

CLASE DE PETICION (marque sólo una casilla por formulario)

☐ MEDICA ☐ DENTAL ☐ SALUD MENTAL

☐ RESURTIDO DE MEDICAMENTOS – Apunte el/los medicamentos con el número o números de los medicamentos o pegue la etiqueta abajo.

☐ OPTOMETRIA ☐ OTRA: _____

RAZON POR LA PETICION (explique el problema/apunte el medicamento del cual necesita un nuevo surtido)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____
FIRMA DEL INTERNO

RESPUESTA DE SERVICIOS DE SALUD/CONSULTA

Se tiene que archivar este formulario si hay información abajo, con las siguientes excepciones: resurtidos de medicamentos, asuntos de dinero, cambios de trabajo/cama por razones no médicas, dietas religiosas, zapatos, clasificación, quejas acerca del personal, asuntos no relacionados con servicios médicos

☐Fije consulta dentro de ___ días/semanas/meses ☐Próxima llamada de enfermos ☐Consulta no requerida

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

PERSONA QUE RESPONDE firma y sello (todas las copias)	FECHA y HORA

Distribución: **BLANCA/AMARILLA** – Persona que responde, **ROSA** – Interno/Interna

Distribución final: **BLANCA** – Archivo médico, **AMARILLA** – Se devuelve al interno con la respuesta

Las leyes estatales y/o los reglamentos federales prohíben la revelación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de quien se trate, o según permita la ley