



**PATIENT-PAID DURABLE MEDICAL EQUIPMENT (DME)
EQUIPO MEDICO DURADERO PAGADO POR EL PACIENTE (EMD)**

NAME / NOMBRE	DOC NUMBER / NÚM. DOC	DATE / FECHA
FACILITY / INSTITUCION	BED NUMBER / NÚM. DE CAMA	

I request the self-paid DME item below be approved and my Record of Property updated /
Pido que el artículo EMD auto-pagado sea aprobado y se actualice mi expediente de propiedad

DME DESCRIPTION <i>DESCRIPCION DEL EMD</i>	FROM / DE (Vendor Name/Address and method of shipping) <i>(Nombre/dirección del vendedor y forma de envío)</i>	RECEIVED Property Room use only RECIBIDO <i>uso del cuarto de propiedad</i>

SIGNATURE OF INDIVIDUAL / FIRMA DEL INDIVIDUO	Patient / Paciente: Send to Health Services Manager/designee for approval Envíe al Administrador de Servicios Médicos/designado para ser aprobado
---	--

APPROVALS / APROBACIONES

The above DME meets the guideline requirements for self-paid DME Denied / Denegado
El anterior DME cumple con los requisitos de la directriz para un DME auto-pagado

HEALTH SERVICES MANAGER/HEALTH AUTHORITY/DESIGNEE SIGNATURE <i>FIRMA DEL ADMINISTRADOR DE SERVICIOS MEDICOS/AUTORIDAD DE SALUD/DESIGNADO</i>	DATE / FECHA
---	--------------

FACILITY MEDICAL DIRECTOR/CLINICAL LEAD SIGNATURE <i>FIRMA DEL DIRECTOR MEDICO/PERSONAL PRINCIPAL DE LA CLINICA</i>	DATE / FECHA
--	--------------

The above DME meets the guideline requirements for self-paid DME Denied / Denegado
El anterior DME cumple con los requisitos de la directriz para un DME auto-pagado

Comments / Comentario: _____

CAPTAIN/MI2 LT/DESIGNEE SIGNATURE / FIRMA DE EL CAPITAN/MI2 LT/DESIGNADO	DATE / FECHA
--	--------------

The above DME meets the guideline requirements for self-paid DME Denied / Denegado
El anterior DME cumple con los requisitos de la directriz para un DME auto-pagado

Comments / Comentario: _____

SUPERINTENDENT/DESIGNEE SIGNATURE / FIRMA DEL SUPERINTENDENTE O DESIGNADO	DATE / FECHA
---	--------------

Distribution: Original – Property Sergeant
Distribución: Original – Sargento de Propiedad

Copy – Individual
Copia – Individuo



**PATIENT-PAID DURABLE MEDICAL EQUIPMENT (DME)
EQUIPO MEDICO DURADERO PAGADO POR EL PACIENTE (EMD)**

NAME / NOMBRE	DOC NUMBER / NÚM. DOC	DATE / FECHA
---------------	-----------------------	--------------

PROPERTY ROOM / CUARTO DE PROPIEDAD

- DME item initialed above was received / Artículo EMD de arriba con iniciales fue recibido
- Item inspected / Artículo inspeccionado:
 - Suitable for prison environment / Apto para el entorno correccional
 - Not suitable for prison environment / No apto para el entorno correccional
- Individual notified / Se avisó al Individuo
- Individual acknowledges receipt of above item / El individuo acepta haber recibido el artículo anterior

SIGNATURE OF INDIVIDUAL / FIRMA DEL INDIVIDUO	DATE / FECHA
---	--------------

- Item added to electronic property record / Artículo agregado a registros electrónicos de propiedad

PROPERTY ROOM SERGEANT/DESIGNEE SIGNATURE FIRMA DEL SARGENTO DEL CUARTO DE PROPIEDAD/DESIGNADO	DATE / FECHA
---	--------------

Distribution: Original – Health Record Copies – Property Room, Unit File, Individual
Distribución: Original – Expediente médico Copias – Cuarto de propiedad, Archivo de unidad, Individuo

State law and/or federal regulations prohibit disclosure of this information without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by law.
Las leyes estatales y/o los reglamentos federales prohíben la revelación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de quien se trata, o según permita la ley.