



NUMERO DE ID LOG:

RESPUESTA DE RESOLUCIÓN DE NIVEL II

Apellido Primer Nombre Segundo nombre Número DOC

Instalaciones/oficina: Unidad/celda:

PARTE A – PROBLEMA INICIAL Fecha de acción: Fecha vencimiento:

Mi preocupación es (quién y/o qué):

Ubicación: Fecha del incidente: Hora:

Testigo(s):

Descripción:
Remedio sugerido:

Firma del solicitante Fecha

Especialista en Resolución Firma Fecha

PARTE B – RESPUESTA DE NIVEL II

[Empty response area for Part B]

Superintendente/Administrador de Servicios de Salud/CCS del Centro de Reingreso/ Capacitación/Administrador de Campo/designado Firma Fecha

Usted puede apelar esta respuesta al someter una apelación por escrito al Especialista en Resolución dentro de 5 días de trabajo de la fecha en que esta respuesta fue recibida.

El contenido de este documento puede ser susceptible de ser divulgado públicamente. Los números de la Seguridad Social se consideran información confidencial y serán redactados en caso de que se solicite. Este formulario se rige por la Orden Ejecutiva 16-01, RCW 42.56, y RCW 40.14.

Distribution: ORIGINAL - Resolution Program Manager COPY - Resolution Specialist, Individual