Department of Corrections
WASHINGTON STATE

APELACIÓN DEL PACIENTE A LA DECISION DEL COMITE DE REVISION DE CUIDADOS DE SALUD

He sido informado en esta fecha de la decisión (seleccione uno):

☐ Dental ☐ Disforia de Género ☐ Hepatitis C ☐ Medica ☐ Salud Mental ☐ Psiquiatría

del Comité de Revisión de Cuidados de Salud (CRC) de **NO** autorizar la intervención solicitada y que tengo el derecho de apelar la decisión de CRC que la intervención solicitada **NO** es médicamente necesaria de acuerdo al Plan de Salud del DOC del estado de Washington.

Deseo apelar la decisión del CRC y entiendo que esta apelación debe ser presentada dentro de un plazo de 5 días desde la fecha de recepción del formulario DOC 13-182 Notificación al paciente de la decisión del Comité de Revisión de Cuidados de Salud.

NOMBRE	FIRMA	FECHA

NÚMERO DE DOC	INSTALACION

APELACIÓN

Conserve la copia amarilla para sus registros y entregue el original a un **Administrador De Servicios De Salud (HSM)** en su instalación o envíela por correo a:

HQ CRC Appeals Committee
Department of Corrections
PO Box 41123
Olympia WA 98504-1123

DISTRIBUTION: WHITE – HEALTH RECORD CANARY – PATIENT
***DISTRIBUCIÓN**: BLANCA – ARCHIVO MÉDICO AMARILLA – SE DEVUELVE AL INTERNO CON LA RESPUESTA*

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 la ley.