**CUESTIONARIO SOBRE MEDICACION AL**

**VISITANTE Y EQUIPO MEDICO DURADERO**

Individuo encarcelado:       Número DOC:

Visitante:       Fecha de visita prevista:

Enumere la necesidad de cualquier equipo médico duradero y medicamentos de venta libre y recetados que necesite durante su Visita Familiar Ampliada (EFV). La medicación sólo se permitirá si está vigente y en el envase original con todas las etiquetas adheridas. Los medicamentos recetados deben estar etiquetados por una farmacia autorizada.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medicamentos con receta y potencia, incluidos los anticonceptivos recetados** | | **Tiempos normalmente tomados** |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| **Medicamentos/suplementos de venta libre** | **Dosis tomada** | **Tiempos normalmente tomados** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Anticonceptivos de venta libre/protección de barrera, incluido el condón** | | **Cantidad** |
|  | |  |
| **Equipos médicos duraderos** | | |
|  | | |
|  | | |

Firma del visitante Fecha

**Envíe el formulario cumplimentado y los documentos requeridos a Attn: Facility EFV Program al menos 2 semanas antes de la fecha programada para la visita.**

**El contenido de este documento puede ser susceptible de divulgación pública. Los números de la Seguridad Social se consideran información confidencial y se suprimirán en caso de que se soliciten. Este formulario se rige por la Orden Ejecutiva 16-01, RCW 42.56 y RCW 40.14.**

Distribución: **ORIGINAL** - Departamento Visitante (Destruir DESPUÉS de la visita EFV)