

OKLAHOMA DEPARTMENT OF CORRECTIONS  
(DEPARTAMENTO DE OKLAHOMA DE CORRECCIONES)

REQUEST FOR HEALTH SERVICES  
(SOLICITUD DE SERVICIOS DE SALUD)

**TO BE COMPLETED BY INMATE (Debe ser completado por interno)**

Date (Fecha): \_\_\_\_\_ Facility (Instalaciones): \_\_\_\_\_ Unit (Unidad) \_\_\_\_\_

Inmate Name (Nombre del interno) \_\_\_\_\_ DOC # \_\_\_\_\_ DOB (Fecha de nacimiento): \_\_\_\_\_

I request the following service: Check appropriate box (Solicitar los siguientes servicio: Marque la casilla apropiada)

- Medical (Médico)                       Mental Health (Salud Mental)                       Dental (Dental)
- Optometry (eye) (Optometría (ojo))                       Medication Renewal (expired medications only) (Renovación de medicamentos (sólo medicamentos vencidos))

Reason for service (Razón de servicio): \_\_\_\_\_

I understand that in accordance with operations memorandum OP-140117 entitled, "Access to Health Care", I will be charged \$ 4 for each medical service I request and a charge of \$ 4 for each medication(s) dispensed to me, with the exceptions noted in the above-referenced operations memorandum. There is no charge to the inmate for mental health services and/or mental health medications.

(Entiendo que según memorando operaciones OP-140117 titulado "acceso a la atención de la salud", se cobrará \$ 4 por cada servicio médico que solicito y un cargo de \$ 4 por cada medicamento dispensado a mí, con la excepciones en el memorando de operaciones por encima de la referencia. Es sin costo para el interno de servicios de salud mental y/o medicamentos de salud mental.

**NOTE:** All "Keep on Person" (KOP's) medication refill requests must be submitted to the facility's health services unit or to the medical host facility, using the "Medication Refill Slip" (DOC 140130M). "Medication Refill Slips" must be submitted within ten days of the date the medication expires or runs out. "Medication Refill Slips" are readily available and accessible at designated locations within the facility.

**Nota:** Todos "mantener en persona" (KOP) medicamento llenado las solicitudes deben presentarse a la unidad de servicios de salud de la instalación o a las instalaciones de la sede médica, utilizando la "medicación rellenar hoja" (DOC 140130M). "Relleno de medicamento se desliza" debe presentarse dentro de diez días de la fecha el medicamento caduca o se agota. "Relleno de medicamento se desliza" es fácilmente disponibles y accesibles en determinados lugares dentro de las instalaciones.

Inmate Signature (Interno firma) \_\_\_\_\_ Date (fecha): \_\_\_\_\_

**TO BE COMPLETED BY HEALTH SERVICES**  
(Para ser completada por los servicios de salud)

Date Received

Initials

Comment (Comentario): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
RN/LPN/Health Care Provider Signature (Firma del proveedor de cuidados de RN y LPN/salud)

\_\_\_\_\_  
Date (fecha)

Return the "Request for Health Services" with the disposition of the inmate's request in the comment section to the inmate after scanning into the inmate's EHR.

**Retomar la "solicitud de servicios de salud" con la disposición de petición del interno en la sección de comentarios el interno después de la exploración en EHR del interno.**