



**MARICOPA COUNTY
CORRECTIONAL HEALTH SERVICES
INMATE MEDICAL REQUEST
(Requisito de Salud)**

**A medical staff member will pick up this request. If you have an EMERGENCY, please contact a detention officer.
Un empleo de medicina recorjera este requisito. Si ud tiene una emergencia, favor de decirle al official.**

Name (Nombre) _____ Jail (Carcel) _____

Booking # (Numero Fichado) _____ House (Casa) _____ Cell (Selda) _____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento) _____

Check one box only. Submit separate requests for different departments. (Marcar un cuadro solamente. Presentar una hoja aparte por cada departamento.)

Medical (Medico) Dental (Dentista) Psychiatric Services (Servicios de Siquiátria)

EXPLAIN YOUR REQUEST: Be specific. What problems are you having? List past treatment. NOTE: All inmates will be seen for a full physical exam within 2 weeks of booking. Most problems can be handled at that time.

EXPLIQUE SU DESEO: Describe sus sintemas y problemas que tiene. Si lo han tratado previamente por estos o otros sintemas, explique por favor. NOTE: Todos los reos seran examinado dentro de dos semanas. Problemas que ud tiene que no son emergencias seran atendido en este tiempo.

Have you been treated at a Maricopa County Jail Clinic before? No Yes Date _____
Lo han tratado en la clinica de la carcel anterior? No Yes Fecha _____

Inmate Signature (Firma de Paciente) _____

Medical Staff Signature (Firma de Personal Medica) _____

Date (Fecha) _____

Date/Time Received (Fecha/Tiempo Recibido) _____

Response (Repuesta): _____

Triplicate: White - Medical Records (Blanco - Archivo)
 Canary - Inmate Copy (Amarillo - Copia al Paciente)
 Pink - Response to Inmate (Rosa - Repuesta al Reo)

CHC Signature/Date/Time (CHC Firma/Fecha/Tiempo)