



PATIENT-PAID DURABLE MEDICAL EQUIPMENT (DME)
EQUIPO MEDICO DURADERO PAGADO POR EL PACIENTE (EMD)

NAME / NOMBRE	DOC NUMBER / NÚM. DOC	DATE / FECHA
FACILITY / INSTITUCION	BED NUMBER / NÚM. DE CAMA	

I request the self-paid DME item below be approved and my Record of Property updated /

Pido que el artículo EMD auto-pagado sea aprobado y se actualice mi expediente de propiedad

DME DESCRIPTION DESCRIPCION DEL EMD	FROM / DE (Vendor Name/Address and method of shipping) (Nombre/dirección del vendedor y forma de envío)	RECEIVED Property Room use only RECIBIDO uso del cuarto de propiedad
SIGNATURE OF INDIVIDUAL / FIRMA DEL INDIVIDUO		Patient / Paciente: Send to Health Services Manager/designee for approval Envíe al Gerente de Servicios Médicos/designado para ser aprobado

APPROVALS / APROBACIONES

☐ The above DME meets the guideline requirements for self-paid DME ☐ Denied / Denegado
El anterior DME cumple con los requisitos de la directriz para un DME auto-pagado

HEALTH SERVICES MANAGER/HEALTH AUTHORITY/DESIGNEE SIGNATURE FIRMA DEL ADMINISTRADOR DE SERVICIOS MEDICOS/AUTORIDAD DE SALUD/DESIGNADO	DATE / FECHA
--	--------------

FACILITY MEDICAL DIRECTOR/CLINICAL LEAD SIGNATURE FIRMA DEL DIRECTOR MEDICO/PERSONAL PRINCIPAL DE LA CLINICA	DATE / FECHA
---	--------------

☐ The above DME meets the guideline requirements for self-paid DME ☐ Denied / Denegado
El anterior DME cumple con los requisitos de la directriz para un DME auto-pagado

Comments / Comentario: _____

CAPTAIN/MI2 LT/DESIGNEE SIGNATURE / FIRMA DE EL CAPITAN/MI2 LT/DESIGNADO	DATE / FECHA
--	--------------

☐ The above DME meets the guideline requirements for self-paid DME ☐ Denied / Denegado
El anterior DME cumple con los requisitos de la directriz para un DME auto-pagado

Comments / Comentario: _____

SUPERINTENDENT/DESIGNEE SIGNATURE / FIRMA DEL SUPERINTENDENTE O DESIGNADO	DATE / FECHA
---	--------------

Distribution: Original – Property Sergeant
Distribución: Original – Sargento de Propiedad

Copy – Patient
Copia – Paciente



PATIENT-PAID DURABLE MEDICAL EQUIPMENT (DME)
EQUIPO MEDICO DURADERO PAGADO POR EL PACIENTE (EMD)

NAME / NOMBRE	DOC NUMBER / NÚM. DOC	DATE / FECHA
---------------	-----------------------	--------------

PROPERTY ROOM / CUARTO DE PROPIEDAD

☐ DME item initialed above was received / Artículo EMD de arriba con iniciales fue recibido

Item inspected / Artículo inspeccionado:

☐ Suitable for prison environment
Apto para el entorno correccional

☐ Not suitable for prison environment
No apto para el entorno correccional

☐ Individual notified / Se avisó al Individuo

☐ Individual acknowledges receipt of above item / El individuo acepta haber recibido el artículo anterior

SIGNATURE OF PATIENT / FIRMA DEL PACIENTE

DATE / FECHA

☐ Item added to electronic property record / Artículo agregado a registros electrónicos de propiedad

PROPERTY ROOM SERGEANT/DESIGNEE SIGNATURE FIRMA DEL SARGENTO DEL CUARTO DE PROPIEDAD/DESIGNADO	DATE / FECHA
---	--------------

Distribution: Original – Health Record

Copies – Property Room, Unit File, Patient

Distribución: Original – Expediente médico

Copias – Cuarto de propiedad, Archivo de unidad, Paciente