

Date/Time
 Received in Medical

MEDICAL REQUEST FORM (MRF)
FORMA PARA PEDIR SERVICIO MEDICO (MRF)

MAR 23 PM 12:00

ID # 677564 MRN # _____ Dorm # 7A12
 (Número de Identificación) (Ubicación)

Name Sullivan Cyrus A.
 Last (Apellido) First (Nombre) M.I. (Inicial)

Date of Birth 6/26/83 Today's Date 3/22/17
 (Fecha de Nacimiento) (Fecha de hoy)

Do you have any allergies to medications? If yes, list Sulfu
 (¿Tiene algunas alergias a medicamentos? Por favor diga a cuales medicamentos)

Tell us about your health problem:
 (Describe su problema de salud) Angela Lee; You gave me your

name and that is all I need to ruin you. As I write
steps are in motion to add you to COPBLASTER.COM, This
will start with your name and the truth of your incompetence, followed
by your address for your other victims to find. OR
you can just give me my full 300mg dose of Sertraline,

How long have you had this problem? a MONTH
 (¿Por cuanto tiempo ha tenido este problema?)

Do you have health insurance? No Yes Insurance # DHP
 (¿Tiene seguro médico?) (Si) (Número de seguro médico)

This is my permission to get psychiatric, medical or dental exams and treatment from jail staff.
 (Este documento representa mi permiso para recibir exámenes médicos, tratamiento psiquiátrico o dental por parte del personal de salud de la cárcel.)

I understand that the jail may charge me for some of these services and deduct it from my account, during the current or future stays in jail. The fees are posted. I will get health care even if I am unable to pay.
 Yo entiendo que la cárcel puede cobrarme por algunos de estos servicios médicos y deducirlos de mi cuenta, durante la presente o futuras estancias en la cárcel. El impuesto esta señalado en un papel. Yo puedo recibir cuidado medico incluso si no pudiera pagar.

Signature [Signature] founder of Cop Blaster
 (Nombre)

If you have an emergency, tell the jail staff right away!
¡Si usted tiene una emergencia medica avise a los oficiales pronto!