

REPORTE DE EXAMEN MÉDICO SOLICITADO POR EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES (DSS) DEL
CONDADO DE _____

PARTE I. (El DSS del condado debe completarla) Caso N°. _____ PDC N° _____

Nombre del paciente _____ FDN _____ NSS: XXX-XX-____ (sólo últimos 4 dígitos)

Dirección _____

Fecha

Manejador del caso

Teléfono

PARTE II. (Para el solicitante, receptor, representante personal o tutor guardián)

Yo, _____ autorizo al doctor, hospital o clínica que haya tratado o examinado a
Nombre con letra de molde

_____, proporcionar la información de salud (del pasado y del presente) a la
agencia de Servicios Sociales/Servicios Humanos del condado. También entiendo que este consentimiento
voluntario por el periodo de hasta un año. La cancelación no afectará la información que ya se haya compartido.
También entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización.

Firma

Relación con el paciente

Fecha

UN MÉDICO DEBE DAR LA INFORMACIÓN QUE SE PIDE A CONTINUACIÓN.

PARTE III. (Informe médico) Nota para el o los proveedores de asistencia médica: El Departamento de Servicios
Sociales del condado utilizará la información que dé usted para ayudar a la persona a conseguir servicios de empleo,
capacitación y/o tratamiento médico apropiado correspondiente a los programas de trabajo estatales y federales.

A. ¿Tiene esta persona afecciones médicas o psicológicas que causen limitaciones funcionales para el trabajo y/o la
capacitación (por ejemplo tolerancia/resistencia en el trabajo, movilidad en el trabajo y comunicación con los
demás?)

Sí NO (Si la respuesta es no, firme y ponga la fecha en la página dos).

Si la respuesta es sí, llene las dos páginas.

B. Fecha y propósitos del examen reciente:

C. Diagnóstico: _____ Con Fecha: _____

D. Capacidad de Trabajo Actual: Tiempo completo Tiempo parcial (días/semana) _____

E. Dado el estado de salud actual de la persona y los medicamentos que se le han recetado, indique las
restricciones actuales de trabajo, conducción de vehículos o capacitación, relacionadas con un posible
empleo o actividades de capacitación: _____

Seleccione el trabajo y las actividades de capacitación que la persona puede hacer:

- Asistir a clases de capacitación número de horas al día _____
- Permanecer sentado número de horas al día _____
- Permanecer de pie número de horas al día _____
- Inclinarsse número de horas al día _____
- Levantar objetos número de horas al día _____
- Cargar objetos número de horas al día _____
- Caminar número de horas al día _____
- Entender y seguir instrucciones
- Otros, especifique _____

F. ¿Por cuánto tiempo la condición de esta persona limitara su capacidad de trabajar o de recibir capacitación?
 30 Días 60 Días 90 Días 120 Días o más Permanentemente Otro
 (Especifique): _____

G. Rehabilitación Vocacional es un programa de empleo/capacitación diseñado para personas con limitaciones físicas o mentales. Es el paciente un candidato para ser referido al Programa de Rehabilitación Vocacional? **(La agencia de Servicios Sociales/Servicios Humanos hará el referido)**
 SI NO

Si la persona no es recomendada para ser referida, explique porque. _____

H. Comentarios adicionales sobre capacidad de trabajo o limitaciones funcionales:

<p>Nombre dirección y especialidad del médico que hace el reporte (a máquina o en letra de imprenta)</p>	<p>Firma del médico/ Fecha: _____</p>
	<p>Teléfono. _____ Fax. _____ Correo electrónico: _____</p>