

Report on Incapacity (Informe de Discapacidad)

Caso #:

Asistente #:

Por favor, envíenos este formulario antes del de de . Muchas gracias.

Para ser completado por el/la paciente – Autorización del/de la paciente

Autorizo al Dr. _____ o a la institución _____ para compartir información sobre mi estado de salud con el Department of Human Services (DHS) o con el personal de PROMISE JOBS. La misma incluye los resultados de las evaluaciones médicas, los análisis de laboratorio y los expedientes del hospital.

Mi autorización para divulgar información también incluye los ítems indicados a continuación y se limita a la información relacionada con la capacidad del/de la paciente para cuidar a sus hijos o para trabajar y capacitarse:

Información sobre salud mental	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Información sobre consumo de sustancias ilegales	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Información relacionada con HIV	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

Entiendo que:

- Dicha información será confidencial y será utilizada únicamente para determinar si califico para recibir beneficios o el grado de mi capacidad para trabajar o capacitarme.
- Tengo el derecho de examinar dicha información cuando lo desee.
- Puedo revocar mi autorización informándoles por escrito a la persona que entrega y a la persona que recibe dicha información. Toda la información que hubiera sido compartida con anterioridad a la revocación de mi autorización podrá ser utilizada del modo indicado este documento.

La presente autorización caducará en 60 días a partir de la fecha indicada debajo.

Nombre del/de la paciente en letra de imprenta	Fecha de nacimiento del/de la paciente
Firma del/de la paciente	Fecha
Domicilio del/de la paciente	

Completed by Medical Professional

1. Patient's diagnosis:

Is the patient's condition (check one) Temporary Progressive Permanent

2. Treatment:

Is the patient currently under medical supervision or treatment? Yes No

If yes:

Date last seen _____ When is the next recommended examination? _____

What is probable duration of treatment? _____

List any treatment schedule or medication side effects that may interfere with work or training:

Does the patient require continuous in-home care by a family member or other caregiver?

Yes No

3. Capacity for participation:

Child care:

Is the patient able to care for the children in the home? Yes No

If no, do you expect the patient to be able to care for the children in the future and if so, when?

Employment:

Is patient able to perform work of any kind? Yes No

If yes, estimate number of hours per week: 30-40 20-29
 10-19 Less than 10

If no, or if hours are limited, expected duration of limitation? _____

List any physical or mental limitations or conditions that may interfere with work (such as, lifting limitations, driving, frequent seizures, fears of crowds):

Suggested accommodations:

Classroom training:

Is the patient able to participate in classroom training or instruction? Yes No

If yes, estimate number of hours per week: 30-40 20-29
 10-19 Less than 10

If no, or if hours are limited, expected duration of limitation? _____

List any physical or mental limitations or conditions that may interfere with training (such as, lifting limitations, driving, frequent seizures, fears of crowds):

Suggested accommodations:

4. Would you recommend this patient apply for long-term disability benefits? Yes No

For other comments, please attach additional sheets.

Signature of Medical Professional	Print Name of Medical Professional	Date of Report	Phone Number
-----------------------------------	------------------------------------	----------------	--------------

To Medical Professional: Please return the completed report in the enclosed envelope.

Questions??? Please contact:

**[Worker Name] at [Worker Phone Number] or by Fax at
[Worker Address]**