

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

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

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

Dirección _____

Fecha

Administrador del caso / Teléfono

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

Por medio de la presente autorizo a cualquier médico, hospital o clínica que me haya dado tratamiento o examinado que le dé al Departamento de Servicios Sociales del condado información sobre mi estado de salud presente o pasado.

Fecha

Firma del solicitante, receptor, representante personal o tutor legal

UN MÉDICO DEBE DAR TODA 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: _____

D. ¿Fecha de aparición de la afección? _____

E. Pronóstico: _____

F. Medicamentos actuales _____

G. Capacidad de trabajo actual: Tiempo completo Tiempo parcial (días/semana) _____

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 parado 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 _____

H. Calcule el tiempo que la afección de esta persona limitará su capacidad de hacer trabajo o capacitación.

- 30 días 60 días 90 días 120 días o más Permanente
- Otro (especifique): _____

I. La rehabilitación vocacional es un programa de empleo y capacitación diseñado para personas con limitaciones físicas y mentales. ¿Convendría remitir al paciente a rehabilitación vocacional? **El DSS lo remitiría.**

- SÍ NO

Si la respuesta es "no", explique. _____

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

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