

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