

Dirección postal de DSS:

Número de caso: _____
Trabajador: _____
Fecha de envío del aviso: _____

Dirección de DSS:

Nombre del cliente: _____
Dirección: _____

Servicios de alimentación y nutrición de Carolina del Norte
Informe médico del Departamento de Servicios Sociales (DSS)

Complete este formulario para el paciente/cliente anterior. La información que proporcione será utilizada por el Departamento de Servicios Sociales (DSS) del condado para ayudar a determinar la elegibilidad para el programa de Servicios de Alimentos y Nutrición (FNS) (conocido como Cupones para Alimentos). El propósito de esta solicitud es proporcionar verificación de su condición médica y/o participación en su programa.

Usted o el paciente/cliente deben devolver este formulario a DSS, **fecha de vencimiento** ____/____/____.

Autorización del paciente/cliente

Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital o clínica que me haya tratado/está tratando, o examinado para dar información a DSS sobre mi estado de salud actual o pasado.

Firma _____ **Fecha** ____/____/____

Responda una o más de las siguientes preguntas en el cuadro a continuación. Firme y feche este formulario, incluso su profesión o puesto en la agencia.**

1. ¿Está embarazada la paciente/clienta? ___ Sí ___ No ___ Desconocido En caso afirmativo, fecha de parto ____/____/____
2. ¿Es el paciente/cliente un participante en un programa de tratamiento o rehabilitación de drogas o alcohol? ___ Sí ___ No En caso afirmativo, duración del programa _____
3. Seleccione todas las afecciones médicas que puedan aplicarse cuales limitan su capacidad de trabajar 20 horas a la semana o más. _____ condición mental y/o física _____ alcohol, y/o drogodependencia?
4. Por favor, indique a continuación cuánto tiempo la afección médica limitará su capacidad para participar en el trabajo.
___ temporal ___ permanente ___ menos de 30 días ___ más de 30 días
___ más de 6 meses ___ más de 12 meses/o indefinido ___ Otro (especificar) _____

NOMBRE (en letra molde)

Título/Profesión**

_____/_____/_____
Fecha de firma del formulario

Firma

Dirección

Teléfono

** Este formulario puede ser firmado por **cualquier** personal médico, incluso un médico, asistente médico, enfermera, profesional de enfermería, un representante designado en el consultorio de un médico o cualquier otro personal médico apropiado. A los efectos de verificar la participación de una persona en un programa de rehabilitación (pregunta #2), cualquier representante de la organización que opera el programa puede firmar.