

Administración de Inversión Familiar: Formulario de Informe Médico 500-C TDAP

_____ Departamento de Servicios Sociales

La Administración de Inversión Familiar está comprometida a brindar el acceso a sus servicios, programas, actividades, educación y empleo, y las adaptaciones razonables para acceder a estos, para personas con discapacidades. Si necesita asistencia o quiere solicitar una adaptación razonable, comuníquese con su administrador de casos o llame al 1-800-332-6347.

Oficina del distrito local: _____ Fecha: _____

Administrador de casos: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del cliente: _____ N.º de identificación del cliente: _____

La información provista en este formulario se utiliza para determinar la elegibilidad para el Programa de Asistencia por Discapacidad Temporal (TDAP) de Maryland.

A. Información del paciente:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Proveedor de salud

B. Fechas de exámenes: Primera visita: _____ Última visita: _____

C. Información sobre discapacidades:

1. Brinde el diagnóstico clínico y el nombre de la discapacidad:

D. Estado de salud:

1. ¿Tiene esta persona un problema de abuso de sustancias? ☐ SÍ ☐ NO
En caso **afirmativo**, ¿existen otras afecciones médicas además del abuso de sustancias? ☐ SÍ ☐ NO

2. ¿Sufre esta persona una discapacidad física, mental o emocional? ☐ SÍ ☐ NO
En caso **afirmativo**, ¿es la discapacidad lo suficientemente grave como para evitar que el paciente trabaje o participe en una actividad laboral, educativa o de capacitación? ☐ SÍ ☐ NO

3. ¿Se puede esperar que la discapacidad de la persona dure al menos tres meses? ☐ Sí ☐ NO
En caso **afirmativo**, ¿se puede esperar que la discapacidad de la persona dure al menos 12 meses o más? ☐ Sí ☐ NO

Indique el tiempo que se espera que dure la discapacidad del paciente.

_____ desde ____/____/____ hasta ____/____/____
mes día año mes día año

E. Agregue comentarios o aclaraciones aquí.

Firma de un proveedor de atención médica con autoridad de diagnóstico independiente, que esté autorizado para evaluar, determinar la discapacidad y tratar de forma independiente las afecciones y los trastornos médicos, mentales o emocionales, y que proporcione servicios de acuerdo con los requisitos de la junta profesional correspondiente.

Firma: _____ Nombre en letra de imprenta: _____

Título: _____ N.º de licencia: _____

Nombre y dirección del consultorio de atención médica:

Fecha: _____ Teléfono: _____