

Formulario 500 de Informe Médico de la Administración de Inversiones de la Familia

_____ Departamento de Servicios Sociales

La Administración de Inversiones de la Familia se compromete a proporcionar acceso y adaptación razonable en sus servicios, programas, actividades, educación y empleo para personas con discapacidades. Si necesita ayuda o necesita 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: _____ Número de identificación del cliente: _____

La información proporcionada en este formulario se puede utilizar para determinar la elegibilidad para los programas Federales y Estatales y la participación en programas de empleo o capacitación.

A. Información del paciente:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

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

Síntomas que se presentan: _____

Proveedor de salud: Nuestro objetivo es ayudar a las familias a adquirir las habilidades y los conocimientos necesarios para ser autosuficientes e independientes de los programas de asistencia en efectivo. En términos de la capacidad de su paciente para realizar trabajo, asistir a capacitación o asistir a una actividad educativa con una adaptación razonable para cualquier impedimento, durante un día de 8 horas el paciente puede:

Actividad	Desconocido	Sin restricciones	Nunca	1 h	2 h	3 h	4 h	5 h	6 h	7 h	8 h
Sentarse											
Soporte											
Caminar											
Ascender											
Doblarse											
Sentarse en cuclillas											
Extenderse											

¿Tiene este individuo un problema de abuso de sustancias? SÍ NO
 En caso afirmativo, ¿existen otras afecciones médicas además del abuso de sustancias? SÍ NO

¿Tiene esta persona una **discapacidad visual o una enfermedad** que limite o interfiera con su capacidad

para funcionar de forma independiente, apropiada y eficaz de forma continua? SÍ NO

C. Estado de salud mental o emocional:

¿Este individuo sufre de una enfermedad mental? SÍ NO ¿Es la enfermedad mental lo suficientemente grave como para evitar que el paciente trabaje, participe en un trabajo, capacitación o actividad educativa? SÍ NO

En todo cuanto conoce, ¿tiene este individuo alguna discapacidad de aprendizaje? SÍ NO

En todo cuanto conoce, ¿muestra el individuo cualquier comportamiento violento? SÍ NO
En **caso afirmativo**, proporcione información adicional al final de este formulario.

¿Se puede esperar que el impedimento de la persona dure al menos 12 meses o más? SÍ NO

Por favor, dé el tiempo que se espera que dure el impedimento del paciente.

_____	/	_____	/	_____	a	_____	/	_____	/	_____
Mes		Día		año		Mes		Día		año

Si el impedimento es menor de 12 meses, ¿se espera que la condición médica de la persona resulte en la muerte?
 SÍ NO

D. Capacidad para trabajar

¿El deterioro de la salud física o mental de la persona resulta en incapacidad para trabajar? SÍ NO

Padre con un niño discapacitado: Si este formulario médico se está completando para un niño, ¿la condición del niño requiere que el padre esté en el hogar a tiempo completo para proporcionar atención para el niño? SÍ NO

Proveedor de salud:

Por favor indique a continuación si esta persona tiene otras limitaciones no cubiertas previamente que evitarían que la persona trabaje o participe en una actividad laboral, formativa o educativa.

Por favor, agregue comentarios o aclaraciones aquí.

--

Firma de un proveedor de cuidado médico con autoridad de diagnóstico independiente, que está autorizado a evaluar, determinar impedimentos, y tratar de manera independiente condiciones y trastornos médicos, mentales y/o emocionales y quién está prestando servicios de acuerdo con los requisitos del Consejo Profesional.

Firma: _____ Nombre en letra de imprenta: _____
Título: _____ No. de Licencia: _____

Nombre y dirección de la práctica de atención médica: _____

Fecha: _____ Número de teléfono: _____