

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE RHODE ISLAND

Estimado profesional médico:

Su paciente, \_\_\_\_\_, ha solicitado una exención (o una prórroga de una exención anterior) de las actividades laborales obligatorias relacionadas con su solicitud o recepción de asistencia económica, asistencia médica, el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y/o prestaciones para el cuidado infantil.

Si bien nuestro objetivo es ayudar a nuestros clientes a alcanzar la seguridad económica, puede haber motivos para retrasar el inicio, reducir las horas o eximir a la persona de la actividad laboral en este momento.

Complete el formulario que se encuentra al dorso de esta carta y envíelo en un plazo de 10 días a:

RI DHS : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Gracias por su ayuda de hoy.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN/USO DE INFORMACIÓN MÉDICA

**I. Mi información será divulgada por:**

**Y será proporcionada a:**

\_\_\_\_\_  
(Nombre de persona/organización)

\_\_\_\_\_  
(Nombre de persona/organización)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código postal)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código postal)

**Información que se divulgará:** *(a completar por el cliente; marque la(s) casilla(s) correspondiente(s))*

Diagnóstico(s) físico(s)

Información sobre tratamiento médico

Capacidades/limitaciones funcionales

Tratamiento por abuso de alcohol/drogas

Diagnóstico(s) de salud mental Información sobre tratamiento de salud mental  
Tratamiento relacionado con el VIH/SIDA

Otro *(especificar)*: \_\_\_\_\_

**II. Información específica que NO deseo que se divulgue:** *(a rellenar por el cliente; marque la(s) casilla(s) correspondiente(s)):*

Diagnóstico(s) físico(s) Información sobre tratamientos médicos

Capacidades/limitaciones funcionales

Diagnóstico(s) de salud mental Información sobre tratamientos de salud mental

Tratamiento relacionado con el VIH/SIDA

Tratamiento por abuso de alcohol/drogas

Otro *(especificar)*: \_\_\_\_\_

**III.** Por la presente autorizo la divulgación de la información médica solicitada en formulario de verificación médica al Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island, que está sujeto a las disposiciones de confidencialidad de la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) [45 CFR parte 164] y la Ley de Privacidad de 1974 [5 USC 552a]. También entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento ante el Departamento de Servicios Humanos y que, si lo hago, el DHS puede condicionar mi elegibilidad y acceso a los servicios a mi decisión de revocarla. Además, cualquier información revelada al DHS antes de que revocara esta autorización, puede dejar de estar protegida por la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) [45 CFR parte 164] y la Ley de Privacidad de 1974 [5 USC 552a]. Si esta autorización no ha sido revocada, expirará un año después de la fecha de mi firma, a menos que haya especificado una fecha de vencimiento o un evento de vencimiento diferente en la línea siguiente.

*(Si desea que la autorización expire en una fecha distinta a un año, escriba esa fecha aquí):* \_\_\_\_\_

Firma de paciente o tutor

Relación con el anterior

Fecha

# Formulario de verificación médica

Este formulario debe ser completado por uno de los siguientes profesionales médicos: médico (M.D.), psiquiatra (M.D.), psicólogo (PhD), médico osteópata (D.O.), trabajador social clínico licenciado (LICSW), asistente médico (PA) o enfermero practicante certificado (RNP), en nombre del paciente/individuo aquí mencionado.

Nombre de la persona \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Diagnóstico principal \_\_\_\_\_ Diagnóstico secundario \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita/exploración \_\_\_\_\_ Próxima visita \_\_\_\_\_

¿Cuál es el tratamiento y la frecuencia del tratamiento para los diagnósticos/limitaciones anteriores? \_\_\_\_\_

¿Está la persona siguiendo el tratamiento/terapia prescritos? Sí o No

Esta persona requiere evaluación adicional: Sí o No

En caso afirmativo, indique qué evaluaciones/pruebas adicionales se recomiendan: \_\_\_\_\_

**Por favor, indique** las limitaciones funcionales asociadas con el diagnóstico o diagnósticos de esta persona marcando las casillas correspondientes a continuación:

|                                                                                                                                        | Sin limitaciones | Ligeramente limitado | Significativamente limitado |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------|-----------------------------|
| De pie                                                                                                                                 |                  |                      |                             |
| Caminando                                                                                                                              |                  |                      |                             |
| Sentado                                                                                                                                |                  |                      |                             |
| Escalando o gateando (marque uno o ambos)                                                                                              |                  |                      |                             |
| Empujando/tirando (marque uno o ambos)                                                                                                 |                  |                      |                             |
| Inclinándose                                                                                                                           |                  |                      |                             |
| Manipulando/palpando/manejando                                                                                                         |                  |                      |                             |
| Levantamiento                                                                                                                          |                  |                      |                             |
| Viendo, con gafas                                                                                                                      |                  |                      |                             |
| Oyendo, con audífonos                                                                                                                  |                  |                      |                             |
| Hablando/comunicándose                                                                                                                 |                  |                      |                             |
| Tolerancia a las condiciones ambientales (marque con un círculo o cite las limitaciones) humedad, frío, polvo, ruido, maquinaria _____ |                  |                      |                             |
| Capacidad para mantener la concentración                                                                                               |                  |                      |                             |
| Capacidad adecuada para la edad para comprender, recordar y llevar a cabo instrucciones                                                |                  |                      |                             |

|                                                                                                    |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Capacidad adecuada para la edad para responder a figuras de autoridad, compañeros de trabajo, etc. |  |  |  |
| Capacidad adecuada para la edad para hacer frente a los cambios en el entorno escolar o laboral    |  |  |  |
| Capacidad para rendir a un ritmo constante                                                         |  |  |  |
| Capacidad para realizar actividades dentro de un horario y mantener una asistencia regular         |  |  |  |

¿Cuántas horas a la semana podría dedicar esta persona al empleo, la educación o la formación profesional? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas al día podría dedicar esta persona al empleo, la educación o la formación profesional? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la duración prevista de las limitaciones anteriores (número de semanas, meses o años)? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la duración prevista de la propia afección (número de semanas, meses o años)? \_\_\_\_\_

¿Se recomienda solicitar prestaciones por discapacidad de la Seguridad Social o ingresos suplementarios de seguridad? \_\_\_\_\_

¿Necesita la persona adaptaciones para participar en una actividad? Marque con un círculo: Sí No, no lo se

En caso afirmativo, describa las adaptaciones que podría necesitar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del profesional médico \_\_\_\_\_ (nombre en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_