

## Autorización médica y declaración del doctor

### Sección I – El personal debe llenarla

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Nombre del caso (cuidador)	Número de caso	Trabajo habitual del paciente
Dirección de la oficina de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC)	Código de correo de la HHSC	Número de fax de la HHSC

### Sección II – El doctor debe llenarla

El paciente nombrado antes ha solicitado beneficios de nuestra agencia. Las regulaciones federales y estatales exigen que las personas que reciben beneficios trabajen o participen en actividades que los preparen para trabajar a menos que sean física o mentalmente incapaces de trabajar. Este paciente afirma tener esta discapacidad. Por favor, llene las partes apropiadas. Después de llenar el formulario, puede entregárselo a la persona o enviarlo a la HHSC a la dirección en la Sección I.

#### Parte A – Discapacidad personal

¿Hasta qué punto puede la persona trabajar o participar en actividades para prepararse para el empleo? Por favor, marque **una** de las siguientes casillas:

1. La persona puede trabajar o participar en actividades para prepararse para el empleo, **sin restricciones**:
- a. Tiempo completo (40 horas a la semana)
  - b. Tiempo parcial de \_\_\_\_\_ horas a la semana
2. La persona puede trabajar o participar en actividades para prepararse para el empleo, **con restricciones: (Llene las partes B y C)**
- a. Tiempo completo (40 horas a la semana)
  - b. Tiempo parcial de \_\_\_\_\_ horas a la semana
3. La persona no puede trabajar ni participar en actividades para prepararse para el empleo, de ninguna manera: (Llene la parte C)
- a. La discapacidad es permanente.
  - b. La discapacidad no es permanente, pero es probable que dure más de 6 meses.
  - c. La discapacidad no es permanente y es probable que dure 6 meses o menos.

#### Parte B – Restricción de actividades

¿Qué puede hacer la persona ahora? Marque las casillas que sean pertinentes en un día de trabajo:

Cantidad máxima de horas en un día de trabajo:	2	4	6	8	Otra cantidad
Estar sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir escalones o escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrodillarse o sentarse en cuclillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclinarse o agacharse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empujar o jalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escribir en el teclado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantar o cargar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer otra actividad (por favor, describa)					

La persona no puede levantar o cargar objetos que pesen más de \_\_\_\_\_ libras por más de \_\_\_\_\_ horas al día.

Las personas con limitaciones para trabajar aún podrían ser asignadas para realizar trabajo comunitario en un entorno de oficina donde no se tengan que esforzar mucho físicamente (contestar el teléfono, archivar sentadas, etc.). A otras personas se les podría asignar actividades relacionadas con el trabajo en un salón de clases. En su opinión, ¿puede esta persona participar en actividades de esta naturaleza?  Sí  No

¿Tiene otras observaciones, recomendaciones o restricciones?

**Parte C – Diagnóstico**

Diagnóstico principal discapacitante		Diagnóstico secundario discapacitante	
Comentarios			
Nombre del doctor (a máquina o en letra de molde)		Firma del doctor	Fecha
Número de licencia del doctor	Dirección del consultorio (Calle o Apartado postal, Ciudad, Estado y Código postal)		Clave del área y teléfono

**Sección III – El paciente o representante personal del paciente debe llenarla****Autorización para divulgar información médica**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

La HHSC solicita una verificación de la condición médica que le impide participar en el programa de servicios de empleo. Al firmar esta autorización, usted da a la HHSC permiso para comunicarse con sus doctores, centros médicos u otros proveedores de atención médica para obtener copias de su información médica como se indica más adelante. No tiene que firmar este formulario para calificar para TANF, el Programa SNAP o Medicaid. Sin embargo, tiene que firmar este formulario si quiere quedar exento del programa de servicios de empleo.

Autorizo a \_\_\_\_\_ para que llene el Formulario H1836-AS, Autorización médica y  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre del doctor, centro médico o proveedor de atención médica

declaración del doctor, y divulgue la información a la HHSC y la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas con el fin de verificar la condición médica que me impide participar para que llene el Formulario H1836-AS, Autorización médica y declaración del plenmento en el programa de programa de servicios de empleo. Esta autorización vence el \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Firma del cliente o representante personal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Si usted firma en nombre del cliente, por favor, describa con qué autoridad lo hace.

--

**Aviso:** Si la persona que autoriza la divulgación de la información del caso no puede firmar su propio nombre, debe poner una marca (X) ante dos testigos, que deben firmar a continuación:

\_\_\_\_\_  
 Testigo

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Testigo

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**Aviso al cliente**

Como la entidad que recibe esta información, la HHSC protegerá su información médica personal de acuerdo con las regulaciones federales y estatales de privacidad. Si autoriza la divulgación de su información médica a terceros, es posible que esta ya no esté bajo la protección de las regulaciones de privacidad.

Puede retirar el permiso que le ha dado al doctor o al proveedor de atención médica para usar o divulgar la información médica que lo identifica a usted, a menos que este ya haya actuado con su permiso. Tiene que retirar el permiso por escrito.