



Medical Release/Physician's Statement

Section I - To Be Completed By Staff

Name of Patient	Date of Birth	Social Security No.
Case Name (caregiver)	Case No.	Patient's Usual Job
Advisor's Name	BJN	
Office Address/Mail Code	Office Fax No.	

Section II - To Be Completed By Physician

The person caring for the patient named above has applied for benefits with our agency. Federal and state regulations require that persons receiving benefits work or participate in activities to prepare them for work unless they are unable to do so due to a circumstance such as being needed in the home due to the patient's disabling illness or injury. This person claims that circumstance. Please complete parts A and B below. After you complete the form, you may give it to the person or mail it to HHSC at the address in Section I.

Part A – Caring For a Disabled Family Member

To what extent is the caregiver able to work or participate in activities to prepare for work? Please check **one** of the following boxes:

- 1. The caregiver is able to work, or participate in activities to prepare for work (outside or inside of their home), full time
- 2. (a) The caregiver is able to work or participate in activities to prepare for work (outside of their home), part time at ___ hours/week
 (b) The caregiver is able to work or participate in activities to prepare for work (inside of their home), part time at ___ hours/week
- 3. The caregiver is unable to work or participate in activities. If you check this box, please indicate which of the following applies:
 - (a) The disability is permanent.
 - (b) The disability is not permanent and is expected to last more than 6 months.
 - (c) The disability is not permanent and is expected to last 6 months or less.

If necessary, provide further detail: _____

Part B – Diagnosis

Primary disabling diagnosis	Secondary disabling diagnosis		
Comments: _____ _____ _____			
Name of Physician (please type or print)	Physicians License No.	_____ Signature - Physician	_____ Date
Office Address (Street or P.O. Box, City, State, ZIP)		Area Code and Telephone No.	

Authorization to Release Medical Information

Sección III – Para que la llene el paciente o el representante personal del paciente

Nombre del paciente _____

El solicitante pide una exención del requisito de participar en el programa de servicios de empleo porque se necesita en la casa debido a su padecimiento o lesión discapacitante. Al firmar esta autorización, usted da permiso a la HHSC para que se comunique con sus doctores, centros médicos u otros proveedores de atención médica para obtener copias de su información médica como se indica más adelante. Tiene que firmar esta forma si quiere que el solicitante tenga derecho a una exención del programa de servicios de empleo.

Autorizo a _____

Doctor, centro médico u otro proveedor de atención médica

para que llene la Forma H1836-BS, Declaración de divulgación médica, y divulgue la información a la HHSC y a la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas con el fin de confirmar que el solicitante se necesita en la casa debido a mi padecimiento o lesión discapacitante, y por lo tanto, no puede participar plenamente en el programa de servicios de empleo.

Esta autorización se vence el _____

Firma del paciente o del representante personal

Fecha

Si usted firma por el paciente, haga el favor de describir la autoridad con la que actúa en su nombre:

Nota: Si la persona que pide la divulgación de la información del caso no puede firmar su propio nombre, debe marcar con una X ante dos testigos que deben firmar a continuación:

Testigo

Fecha

Testigo

Fecha

Aviso al cliente

La HHSC, como destinataria de esta información, protegerá su información médica personal de acuerdo con las regulaciones federales y estatales sobre privacidad. Si usted autoriza la divulgación de su información médica a terceros, es posible que esta ya no esté protegida por las regulaciones de privacidad.

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