



Solicitud de documentación por trastorno médico y capacidad funcional residual

Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity

Estimado proveedor de servicios de salud:

Para que los clientes adultos reciban asistencia pública (TANF), están obligados a trabajar, buscar trabajo activamente o recibir capacitación para trabajar hasta por 40 horas a la semana. Algunos clientes no podrán satisfacer este requisito debido a problemas de salud. Es posible que estos clientes necesiten un aplazamiento temporal de una actividad laboral, que puedan participar pero por una menor cantidad de horas, o que necesiten evitar ciertos tipos de actividades laborales.

_____ (nombre del cliente) nos informó que él/ella o un miembro de su familia al que cuidan padece un trastorno médico, mental o emocional que previene o limita su capacidad para trabajar, buscar trabajo o participar en capacitación para trabajar.

Por favor llene el formulario adjunto para describir estas limitaciones médicas. **Si la duración de algún trastorno es mayor a tres meses, entregue copias de evidencias médicas objetivas (hojas clínicas, estudios de laboratorio, estudios de imagen y otras pruebas de diagnóstico) para comprobar el trastorno.** Por favor facture al DSHS, y no al cliente, los costos relacionados con la entrega de esta información.

Usaremos esta información para determinar el nivel de participación requerida (hasta un máximo de 40 horas por semana) en este tipo de actividades, así como todas las limitaciones que deben tomarse en cuenta al desarrollar un plan personalizado de actividades basado en las necesidades médicas del cliente.

Por favor proporcione esta información a más tardar el _____ (fecha límite). Si no recibimos información médica, podríamos exigir su participación de tiempo completo, hasta 40 horas por semana, en trabajo, búsqueda de empleo o capacitación para trabajar, según lo antes descrito. De no cumplir los requisitos, los beneficios en efectivo podrían reducirse o cancelarse.

Si tiene alguna duda o necesita más tiempo para enviarnos la información, llámeme al _____ (número del trabajador). Puede enviar este documento contestado y las evidencias médicas a nuestro número de fax estatal al 1-888-338-7410 o puede enviarlo por correo a: DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699.

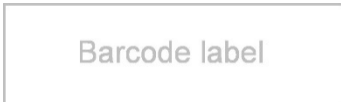
Gracias,

Nombre del trabajador

Solicitud de documentación por trastorno médico y capacidad funcional residual

Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity

NOMBRE DEL CLIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE												
NOMBRE DEL PACIENTE EVALUADO, SI ES DISTINTO AL CLIENTE ARRIBA MENCIONADO														
NOMBRE DE PERSONAL DE WORKFIRST		NÚMERO DE TELÉFONO												
DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE SERVICIOS COMUNITARIOS (CSO)														
<p>Para ayudar al departamento a determinar las limitaciones del individuo antes mencionado, proporcione la siguiente información:</p> <p>1. ¿Esta persona presenta problemas específicos (marque la casilla) <input type="checkbox"/> físicos, <input type="checkbox"/> mentales, <input type="checkbox"/> emocionales, o <input type="checkbox"/> del desarrollo que requieran adaptaciones o consideraciones especiales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. Si contestó que sí, ¿qué clase de trastorno(s) y cuál es el diagnóstico?</p> <p style="margin-left: 40px;">¿Está sustentado con evidencias médicas objetivas (análisis, informes de laboratorio, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí. Si contestó que sí, adjunte a este formulario las evidencias que lo sustentan. <input type="checkbox"/> No. Si contestó que no, aclárelo en la pregunta 8.</p> <p>3. ¿Los trastornos médicos arriba descritos limitan la capacidad de la persona para trabajar, buscar trabajo o prepararse para el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí. Si contestó que sí, marque abajo los ejemplos aplicables. <input type="checkbox"/> No</p> <p>Algunos ejemplos de las limitaciones son la capacidad para:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> levantar objetos pesados</td> <td><input type="checkbox"/> concentrarse por períodos prolongados,</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> estar de pie o sentado por períodos prolongados</td> <td><input type="checkbox"/> hacer movimientos repetitivos,</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> seguir instrucciones</td> <td><input type="checkbox"/> interactuar con otras personas,</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> agacharse</td> <td><input type="checkbox"/> tolerar la exposición a sustancias químicas y materiales sintéticos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> alcanzar cosas sobre su cabeza</td> <td><input type="checkbox"/> habilidades motrices gruesas o finas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> retención de la memoria</td> <td></td> </tr> </table> <p>Describa todas las demás limitaciones específicas no mencionadas previamente:</p> <p style="margin-top: 20px;">Si contestó que sí, esta persona debe limitarse a los siguientes límites de participación por semana: <input type="checkbox"/> 0 hrs (no puede participar) <input type="checkbox"/> 1 – 10 hrs <input type="checkbox"/> 11 – 20 hrs <input type="checkbox"/> 21 – 30 hrs <input type="checkbox"/> 31 – 40 hrs.</p>			<input type="checkbox"/> levantar objetos pesados	<input type="checkbox"/> concentrarse por períodos prolongados,	<input type="checkbox"/> estar de pie o sentado por períodos prolongados	<input type="checkbox"/> hacer movimientos repetitivos,	<input type="checkbox"/> seguir instrucciones	<input type="checkbox"/> interactuar con otras personas,	<input type="checkbox"/> agacharse	<input type="checkbox"/> tolerar la exposición a sustancias químicas y materiales sintéticos	<input type="checkbox"/> alcanzar cosas sobre su cabeza	<input type="checkbox"/> habilidades motrices gruesas o finas	<input type="checkbox"/> retención de la memoria	
<input type="checkbox"/> levantar objetos pesados	<input type="checkbox"/> concentrarse por períodos prolongados,													
<input type="checkbox"/> estar de pie o sentado por períodos prolongados	<input type="checkbox"/> hacer movimientos repetitivos,													
<input type="checkbox"/> seguir instrucciones	<input type="checkbox"/> interactuar con otras personas,													
<input type="checkbox"/> agacharse	<input type="checkbox"/> tolerar la exposición a sustancias químicas y materiales sintéticos													
<input type="checkbox"/> alcanzar cosas sobre su cabeza	<input type="checkbox"/> habilidades motrices gruesas o finas													
<input type="checkbox"/> retención de la memoria														



4. ¿Esta persona tiene limitaciones para levantar y cargar objetos? Sí No

Si contestó que sí, esta persona tiene las siguientes limitaciones:

- Seriamente limitada: Incapaz de levantar al menos 2 libras o incapaz de ponerse de pie o caminar.
- Trabajo sedentario: Capaz de levantar 10 libras como máximo y levantar o llevar con regularidad* artículos tales como archivos y herramientas pequeñas. Un trabajo sedentario puede requerir sentarse, caminar y estar de pie por períodos breves.
- Trabajo liviano: Capaz de levantar hasta 20 libras como máximo y levantar o cargar con regularidad* hasta 10 libras. Aunque el peso levantado puede ser insignificante, el trabajo liviano puede requerir caminar o estar de pie hasta 6 de cada 8 horas diarias, o requerir de estar sentado la mayor parte del tiempo con ocasional* empuje y tracción de controles con brazos o piernas.
- Trabajo medio: Capaz de levantar hasta 50 libras como máximo y levantar o cargar con regularidad* hasta 25 libras.
- Trabajo pesado: Capaz de levantar hasta 100 libras como máximo y levantar o cargar con regularidad* hasta 50 libras.

* La persona es capaz de realizar la función de 2.5 a 6 horas en una jornada de 8 horas y no es necesario que el rendimiento sea continuo.

5. ¿Los trastornos de esta persona afectan su capacidad de obtener acceso a servicios (como usar el teléfono, recibir tratamiento, programar y acudir a citas, usar servicios de transporte o encontrar la ubicación de servicios) o de actuar a favor de sí mismo?

Sí No

Si contestó que sí, describa:

6. ¿El trastorno de esta persona es permanente y es probable que limite su capacidad para trabajar, buscar trabajo o capacitarse para trabajar?

Sí No; si el trastorno no es permanente, ¿durante cuánto tiempo es probable que limite la capacidad de la persona para trabajar, buscar trabajo o capacitarse para trabajar? Use el espacio siguiente para indicar la cantidad de semanas o meses:

_____ Número de semanas, o

_____ Número de meses

7. a. ¿Ha hecho un plan de tratamiento específico para tratar el trastorno médico de esta persona?

Sí No

Si contestó que sí, describa el plan de tratamiento.

b. ¿Quién proporcionará y supervisará el plan de tratamiento actual de la persona?

8. ¿Existen cuestiones específicas que necesitan mayor evaluación o valoración? Sí No

Si contestó que sí, especifique qué tipo de valoración o evaluación podría necesitarse para determinar los trastornos médicos y los planes para abordarlos. Indique si se necesitan más derivaciones a un especialista.

9. Si el paciente que está siendo evaluado es distinto al cliente mencionado debido al efecto que tiene el trastorno del paciente sobre la capacidad del cliente para participar, porque necesita cuidar a la persona en su hogar, conteste lo siguiente.

Considerando el trastorno del hijo o familiar adulto, marque la casilla correspondiente:

- El padre o cuidador puede participar fuera de su hogar de 0 a 10 horas por semana.
- El padre o cuidador puede participar fuera de su hogar de 11 a 20 horas por semana.
- El padre o cuidador puede participar fuera de su hogar de 21 a 30 horas por semana.
- El padre o cuidador puede participar fuera de su hogar más de 30 horas por semana.
- Comuníquese conmigo si necesita más información.

¿Durante cuánto tiempo se prevé que el padre o la madre tenga que brindar este nivel de cuidado?

_____ Número de semanas

_____ Número de meses

Proveedor de servicios médicos o de salud mental / Otro profesional

FIRMA

FECHA

NÚMERO DE TELÉFONO

NOMBRE Y TÍTULO EN LETRA DE MOLDE

DIRECCIÓN POSTAL

CIUDAD

ESTADO CÓDIGO POSTAL

WA

Autorización para divulgar información

Autorizo a _____ a divulgar al Departamento de Servicios Sociales y de Salud la información en este formulario y cualquier información de registros médicos que respalde mi condición de enfermedad/lesión que me impide trabajar, solamente para evaluar mi capacidad para participar en el programa WorkFirst. Entiendo que esta divulgación incluye específicamente información acerca de evaluaciones diagnósticas o tratamientos relacionados con la salud mental, el alcoholismo y la drogadicción, así como el resultado de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/sida, cuando dicha información es parte de los registros. (Código Modificado de Washington (RCW) 78.24.105)

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

INSTRUCCIONES

Administrador de caso o trabajador social de WorkFirst del DSHS: El propósito de este formulario es ayudarle en la elaboración de un Plan Individual de Responsabilidad cuando, como resultado de un trastorno médico, existe un efecto sobre la capacidad de una persona para trabajar, buscar trabajo, asistir a capacitación o acceder a servicios. **El uso de este formulario NO es obligatorio si existe otra documentación.** Puede entregar este formulario al solicitante o destinatario para que lo lleve al proveedor de servicios apropiado para que lo conteste, o puede enviarlo directamente al proveedor por correo o fax. Si elige enviar este formulario por correo, obtenga la firma del cliente en la última página y adjunte un sobre con franqueo pagado.

Cliente del DSHS: El propósito de este formulario es reunir información de un proveedor médico que ayudará a su administrador de caso a revisar sus problemas de salud y crear un Plan Individual de Responsabilidad que se adapte mejor a sus necesidades y limitaciones específicas.

Médico / Proveedor de servicios de salud Para que los clientes adultos reciban asistencia pública (TANF), están obligados a trabajar, buscar trabajo activamente o recibir capacitación para trabajar hasta por 40 horas a la semana. Algunos clientes no podrán satisfacer este requisito debido a problemas de salud. Es posible que estos clientes necesiten un aplazamiento temporal de una actividad laboral, que puedan participar pero por una menor cantidad de horas, o que necesiten evitar ciertos tipos de actividades laborales. Llene este formulario y entrégueselo al cliente, envíelo a nuestro número de fax estatal 1-888-338-7410, envíelo al administrador de caso de WorkFirst a DSHS, CSD – Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699. Envíenos cualquier nota, carta u otra documentación que ya tenga en sus registros relacionada con las limitaciones de la persona.