Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity
(Solicitud de documentación sobre afección médica y capacidad funcional residual)

Estimado proveedor de atención médica:

Para que los clientes adultos reciban asistencia pública (TANF), se les exige que trabajen, busquen trabajo de forma activa o se capaciten para trabajar hasta 40 horas semanales. Es posible que algunos clientes no puedan cumplir este requisito debido a problemas de salud. Es posible que estos clientes necesiten postergar temporalmente una actividad laboral, que puedan participar solo durante una cantidad limitada de horas o que deban evitar determinados tipos de actividades laborales.

_____ (nombre del cliente) nos dijo que él/ella, o un miembro de su familia a quien cuida, padece una afección médica, mental o emocional que le impide trabajar, buscar trabajo o capacitarse para trabajar, o que limita su capacidad para hacerlo.

Complete el formulario adjunto para describir estas limitaciones médicas. **Si alguna afección dura más de tres meses, proporcione copias de pruebas médicas objetivas (historia clínica, pruebas de laboratorio, diagnóstico por imagen y cualquier otra prueba de diagnóstico) para corroborar la afección.** Por favor, facture al DSHS, no al cliente, cualquier costo relacionado con la provisión de esta información.

Utilizaremos esta información para determinar el nivel de participación requerido (hasta 40 horas a la semana) en este tipo de actividades, así como cualquier limitación para tener en cuenta en el desarrollo de un plan de actividades personalizado basado en las necesidades médicas del cliente.

Proporcione este formulario completado y cualquier prueba médica objetiva adicional antes del _____ (fecha límite). Si no recibimos ninguna información médica, podemos exigir la participación a tiempo completo, hasta 40 horas semanales, en el trabajo, la búsqueda de empleo o la capacitación para trabajar, tal y como se ha descrito anteriormente. Si no se cumplen los requisitos, es posible que se reduzcan o suspendan los beneficios en efectivo.

Si tiene alguna pregunta o necesita más tiempo para enviarnos la información, llámeme al _____ (número de trabajador). Puede enviar este documento completado y cualquier prueba médica a nuestro número de fax estatal 1-888-338-7410 o enviarlo por correo al DSHS, CSD: Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699.

Gracias,

_____

Nombre del trabajador

DSHS
WASHINGTON STATE
Department of Social and Health Services

WORKFIRST

Documentation Request for Medical Condition and Residual Functional Capacity (Solicitud de documentación sobre afección médica y capacidad funcional residual)

NOMBRE DEL CLIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE EVALUADO, SI NO SE TRATA DEL CLIENTE MENCIONADO ANTERIORMENTE

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL PERSONAL DE WORKFIRST	NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN DE LA COMMUNITY SERVICES OFFICE (OFICINA DE SERVICIOS COMUNITARIOS, CSO)

Para ayudar al departamento a determinar las limitaciones de la persona arriba mencionada, proporcione la siguiente información:

1. ¿Tiene esta persona problemas (marque la casilla) ☐ físicos, ☐ mentales, ☐ emocionales o ☐ de desarrollo específicos que requieran adaptaciones o consideraciones especiales?
   ☐ Sí ☐ No

2. En caso afirmativo, ¿cuál es el tipo de afección(es) y el diagnóstico?

   ¿Están respaldados por pruebas médicas objetivas (exámenes, informes de laboratorio, etc.)?
   ☐ Sí. En caso afirmativo, adjunte las pruebas de respaldo a este formulario.
   ☐ No. En caso negativo, responda a la pregunta 8.

3. ¿Las afecciones médicas mencionadas anteriormente limitan la capacidad de la persona para trabajar, buscar trabajo o prepararse para trabajar?
   ☐ Sí. En caso afirmativo, marque a continuación los ejemplos que correspondan. ☐ No

   Algunos ejemplos de limitaciones incluyen la capacidad de hacer lo siguiente:

   ☐ levantar objetos pesados
   ☐ concentrarse durante períodos de tiempo prolongados
   ☐ permanecer de pie o sentado durante períodos de tiempo largos
   ☐ realizar movimientos repetitivos
   ☐ seguir instrucciones
   ☐ interactuar con la gente
   ☐ agacharse
   ☐ tolerar la exposición a productos químicos, materiales sintéticos
   ☐ estirarse para alcanzar algo sobre su cabeza
   ☐ habilidades de motricidad gruesa o fina
   ☐ retener en la memoria

   Describa cualquier otra limitación específica que no haya sido mencionada anteriormente:

   En caso afirmativo, esta persona deberá atenerse a los siguientes límites de participación por semana:
   ☐ 0 h (no puede participar) ☐ De 1 a 10 h ☐ De 11 a 20 h ☐ De 21 a 30 h ☐ De 31 a 40 h

Barcode label

10353

4. ¿Esta persona tiene alguna limitación para levantar y transportar objetos? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, esta persona tiene las siguientes limitaciones:

- ☐ Gravemente limitada: incapaz de levantar al menos 2 libras o incapaz de ponerse de pie o caminar.
- ☐ Trabajo sedentario: capaz de levantar un máximo de 10 libras y con frecuencia* levantar o transportar artículos como archivos y herramientas pequeñas. Un trabajo sedentario puede requerir estar sentado, caminar y estar de pie durante períodos breves.
- ☐ Trabajo ligero: capaz de levantar 20 libras como máximo y con frecuencia* levantar o transportar hasta 10 libras. Aunque el peso levantado sea ínfimo, el trabajo ligero puede requerir caminar o estar de pie hasta 6 de las 8 horas diarias, o implicar estar sentado la mayor parte del tiempo con movimientos ocasionales* de empuje y tracción de brazos o piernas.
- ☐ Trabajo medio: capaz de levantar 50 libras como máximo y con frecuencia* levantar o transportar hasta 25 libras.
- ☐ Trabajo pesado: capaz de levantar 100 libras como máximo y con frecuencia* levantar o transportar hasta 50 libras.

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

5. ¿Influyen las afecciones de esta persona en su capacidad para acceder a los servicios (como utilizar el teléfono, recibir tratamiento, solicitar y mantener citas, utilizar los servicios de transporte o encontrar la ubicación de los servicios) o para defenderse por sí misma?
☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, descríbala:

6. ¿La afección de esta persona es permanente y tiene probabilidades de limitar su capacidad para trabajar, buscar trabajo o capacitarse para trabajar?
☐ Sí ☐ No. Si la afección no es permanente, ¿por cuánto tiempo es probable que la afección de esta persona limite su capacidad para trabajar, buscar trabajo o capacitarse para trabajar? Utilice el espacio a continuación para indicar la cantidad de semanas o meses:

_____ Cantidad de semanas o
_____ Cantidad de meses.

7. a. ¿Existe un plan de tratamiento específico para tratar la afección de salud de esta persona?
☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, describa el plan de tratamiento, incluidos los tipos de servicios proporcionados, la duración y la frecuencia de las citas del tratamiento.

b. ¿Quién proporcionará y controlará el plan de tratamiento continuo de la persona?

8. ¿Hay cuestiones específicas que necesiten una evaluación o valoración más exhaustiva? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, especifique qué tipo de valoración o evaluación podría ser necesaria para determinar las condiciones médicas y el plan para llevar a cabo. Indique si es necesario derivar al paciente a un especialista.

9. Si el paciente que está siendo evaluado no es el cliente nombrado ya que la afección del paciente afecta la capacidad del cliente para participar, debido a la necesidad de cuidar a la persona en su casa, complete lo siguiente.

Marque la casilla correspondiente teniendo en cuenta la afección del familiar niño/adulto:

- ☐ El padre/la madre/el cuidador puede participar fuera de su casa de 0 a 10 horas semanales.
- ☐ El padre/la madre/el cuidador puede participar fuera de su casa de 11 a 20 horas semanales.
- ☐ El padre/la madre/el cuidador puede participar fuera de su casa de 21 a 30 horas semanales.
- ☐ El padre/la madre/el cuidador puede participar fuera de su casa más de 30 horas semanales.
- ☐ Si desea obtener más información, no dude en ponerse en contacto conmigo.

¿Cuánto tiempo cree que necesitará el padre/la madre este nivel de cuidados? _____ Cantidad de semanas

_____ Cantidad de meses

Proveedor de atención médica/de salud mental/otro profesional

FIRMA	FECHA	NÚMERO DE TELÉFONO

NOMBRE Y CARGO EN LETRA DE IMPRENTA

DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
		WA	

Autorización para la divulgación de información

Autorizo a _____ a divulgar al Department of Social and Health Services (Departamento de Servicios Sociales y de Salud) la información contenida en este formulario y cualquier información del expediente médico que corrobore la enfermedad/lesión que me impide trabajar, con el único fin de evaluar mi capacidad para participar en el Programa WorkFirst. Entiendo que esta divulgación incluye específicamente la información sobre pruebas de diagnóstico o tratamiento en relación con la salud mental, el abuso de alcohol o drogas y el resultado de Sexually Transmitted Diseases (enfermedades de transmisión sexual, STD), incluido el VIH/SIDA, cuando dicha información forme parte del expediente. (Revised Code of Washington [Código Revisado de Washington, RCW] 78.24.105)

FIRMA DEL PACIENTE	FECHA

INSTRUCCIONES

Administrador de casos/trabajador social de WorkFirst del DSHS: el propósito de este formulario es ayudarle a desarrollar un Plan de Responsabilidad Individual cuando, como resultado de una afección médica o incapacidad, existe un impacto en la capacidad de la 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/beneficiario para que lo lleve al proveedor de servicios profesionales adecuado para que lo complete o puede entregárselo directamente al proveedor por fax o correo. Si opta por enviar este formulario por correo, solicite la firma del cliente en la última página y adjunte un sobre con franqueo pagado.

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

Médico/proveedor de cuidados médicos: para que los clientes adultos reciban asistencia pública (TANF), se les exige que trabajen, busquen trabajo de forma activa o se capaciten para trabajar hasta 40 horas semanales. Es posible que algunos clientes no puedan cumplir este requisito debido a problemas de salud. Es posible que estos clientes necesiten una postergación temporal de una actividad laboral, que puedan participar solo durante una cantidad limitada de horas o que deban evitar determinados tipos de actividades laborales. Rellene este formulario y entréguelo al cliente, envíelo a nuestro número de fax estatal al 1-888-338-7410 o envíelo al administrador de casos de WorkFirst al DSHS, CSD: Customer Service Center, PO Box 11699, Tacoma WA 98411-6699. Envíenos cualquier nota, carta u otra documentación que ya tenga en sus expedientes y que haga referencia a las limitaciones de la persona.