



ABLE-BODIED ADULTS WITHOUT DEPENDENTS (ABAWD)

Requisito de ABAWD: Informe médico

ABAWD Requirement: Medical Report

Use tinta azul o negra.

DIRECCIÓN POSTAL DE DSHS DSHS, PO BOX 11699 TACOMA WA 98411-9905	
NÚMERO DE TELÉFONO DE DSHS ()	NÚMERO DE FAX DE DSHS 888-338-7410
NÚMERO DE ID DEL CLIENTE / CASO	

Sección 1. Para ser llenada por el cliente			
NOMBRE DEL CLIENTE (EN LETRA DE MOLDE)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)	
Autorización del paciente / cliente participante			
Autorizo la divulgación de la información médica y/o sobre la participación en rehabilitación solicitada al Departamento de Servicios Sociales y de Salud.			
FIRMA DEL PACIENTE / CLIENTE PARTICIPANTE			FECHA
Sección 2. Para ser llenada por un profesional médico **			
Conteste una o más de las siguientes preguntas en el cuadro que aparece abajo. Firme y feche este formulario, incluyendo su profesión o su puesto en su agencia. **			
1. ¿Esta persona está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido			
Si contestó que sí, fecha esperada de parto: _____			
2. ¿Esta persona participa en un programa de rehabilitación vocacional, un programa de terapia de salud mental, o un programa de tratamiento o terapia para drogas o alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si contestó que sí, fecha esperada de terminación del programa: _____			
3. ¿Esta persona tiene una enfermedad o discapacidad mental y/o física, temporal o permanente, que le evitaría trabajar 20 horas a la semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si contestó que sí, indique durante cuánto tiempo su trastorno le evitaría trabajar 20 horas a la semana:			
<input type="checkbox"/> Menos de 30 días	<input type="checkbox"/> 1 – 3 meses	<input type="checkbox"/> 3 – 6 meses	
<input type="checkbox"/> 6 – 9 meses	<input type="checkbox"/> 9 – 12 meses	<input type="checkbox"/> Más de 12 meses o un tiempo indefinido	
Certifico que la información anterior es verdadera y correcta.			
FIRMA	FECHA DE	NÚMERO TELEFÓNICO (CON CÓDIGO DE ÁREA)	
FIRMA		()	
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE		PUESTO / PROFESIÓN**	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

** Este formulario puede ser firmado por cualquiera de los siguientes profesionales: médico, asistente médico, representante designado del consultorio médico, enfermero profesional, osteópata, psicólogo acreditado o certificado, terapeuta en abuso de drogas y alcohol, terapeuta certificado de salud mental, trabajador social clínico independiente acreditado, trabajador social certificado acreditado, o partera certificada. Para efectos de confirmar la participación de una persona en un programa de rehabilitación o terapia (Sección 2), el director del programa o el terapeuta de la persona también pueden firmar esta declaración.