



Pedido para Información médica

PARA: _____ RESPECTO A: _____
(Nombre del persona)

DOMICILIO: _____

Estoy solicitando los servicios de rehabilitación vocacional para ayudarme a empezar a trabajar. Este informe verificará que tengo una condición médica y/o psicológica. Tener una condición de salud es una parte del criterio para ser elegible. La determinación de mi elegibilidad para servicios no puede ser determinada hasta que se reciba este informe. Gracias.

Diagnóstico:

- No tiene ninguna condición mental ni física.
- Tiene la siguiente condición(es) mental y/o física
(Para una discapacidad mental, emocional y/o de aprendizaje incluya el código DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de Discapacidades Mentales) para las discapacidades que tengan un código).

Diagnóstico primario: _____

Diagnóstico secundario: _____

Restricciones o límites que la oficina de Nebraska VR y yo necesitamos considerar antes de que empiece el trabajo:

Comentarios:

(Firma y Título*— Necesario)

(Fecha)

***Sólo una persona con licencia o con certificación para hacer la diagnosis puede firmar este formulario.**

Divulgación de información: Doy autorización para completar este informe y enviarlo a Nebraska VR.

(Solicitante Firma)

(Fecha)

(Firma del Representante autorizado)

(Fecha)

(Número de seguro social del persona)

(Fecha de nacimiento del solicitante)