VERIFICACIÓN: CUIDADO DE UN MIEMBRO DEL HOGAR

CONDADO DE

Fecha del aviso : _____
Nombre del caso : _____
Número del caso : _____
Nombre del trabajador: _____
Núm. del trabajador: _____
Número de teléfono: _____
Dirección : _____
_____
_____

(Destinatario)

Verificación: cuidado de un miembro del hogar

Información sobre el paciente/cliente y autorización para divulgar información			
Nombre del paciente/cliente (apellido, 1.er y 2.o nombres):	Sexo:	Fec. nac.:	Últimos cuatro dígitos del n.o de Seguro Social:

Autorizo a _____ de _____
Nombre del proveedor Clínica o grupo médico

para dar información sobre las siguientes enfermedades, documentadas en mis registros, al departamento de bienestar público del condado (*county welfare department*):

☐ Enfermedad física ☐ Enfermedad mental ☐ Otra (descríbala): _____

Entiendo que el departamento de bienestar público del condado puede usar esta autorización durante un año para obtener mi información médica. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero esta acción no aplica a la información que el departamento ya haya recibido. El departamento necesita esta información para determinar si soy capaz de participar en ciertas actividades laborales/formativas y si necesito servicios de CalWORKs. Esta información se guardará en el expediente de mi caso y, a menos que la ley requiera o permita su divulgación sin mi permiso, solamente podrá divulgarse si apruebo cada divulgación con mi firma. He leído este formulario (o alguien me lo ha leído) después de que se rellenó y entiendo que puedo obtener una copia de este si la solicito.

Declaración del proveedor

Por favor, verifique la enfermedad o incapacidad del paciente.

¿Está el paciente enfermo o incapacitado? ☐ Sí ☐ No

Fecha de la aparición de la enfermedad: _____

La enfermedad es: ☐ Crónica ☐ Aguda y se anticipa que durará hasta: _____.

Como consecuencia de la enfermedad, ¿tiene que haber alguien en el hogar para cuidar del paciente y ayudarlo con actividades de la vida diaria? ☐ Sí ☐ No

Proveedor de servicios médicos certificado / con licencia (o una persona designada)			
Firma del proveedor (o su representante autorizado):		Fecha de la firma:	
Nombre y cargo/especialidad (en letra imprenta):		Número de teléfono:	
Dirección: calle (o dirección postal, si es distinta):	Ciudad:	Estado:	C. P.: