Clear Form Print

06/2014

Request for Medical Information

TO: _____ **RE:** _____
(Name of Patient)

ADDRESS: _____

I am applying for vocational rehabilitation services to help me go to work. This report will verify that I have a medical and/or psychological condition. Having a health condition is a part of the eligibility criteria. My eligibility for services will not be determined until this report is received. Thank you.

Diagnosis:

- ☐ You have no physical and/or mental conditions.
- ☐ You have the following physical and/or mental condition(s).
  (*For mental, emotional, and/or learning impairments include the DSM code for impairments that have a code*).

Primary Diagnosis: _____

Secondary Diagnosis: _____

Restrictions or limitations that Nebraska VR and I need to consider in order for me to go to work:

_____

_____

_____

Comments:

_____

_____

_____ _____
(Signature and Title * — Required) **(Date)**

***Only an individual licensed or certified to make the diagnosis may sign this form.**

Information Release: I give my consent to complete this report and send it to Nebraska **VR**.

_____ _____
(Patient, parent, or guardian signature) **(Date)**

_____ _____
(Patient's social security number) **(Patient's date of birth)**

Pedido para información médica

PARA: _____ **RESPECTO A:** _____
(Nombre del paciente)

DIRECCIÓN: _____

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*— Necesarios) **(Date)**

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

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

_____ _____
(Firma del paciente, padre, o guardián) **(Fecha)**

_____ _____
(Número de seguro social del paciente) **(Fecha de nacimiento del paciente)**