



State of Utah
Department of Workforce Services
**PROGRAMA HEAT – DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA
Y VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD**

Parte A: Paciente (Solicitante de HEAT): Favor imprima

Yo _____, autorizo a mi proveedor médico, _____, a revelar al Programa HEAT del estado de Utah, toda información médica sobre mi condición física actual en lo relativo a mi estado de discapacidad.

/s/ _____
Firma del paciente o su designado _____ Fecha _____

Parte B: Médico: Por favor complete la siguiente información.

Certifico que el paciente arriba nombrado está actualmente bajo mis cuidados y lo considero discapacitado debido a las siguientes condiciones que identifico seguidamente:

- Él o ella no puede caminar 200 pies sin detenerse para descansar.
- No puede caminar sin ayuda de una abrazadera, bastón, muleta, de otra persona, prótesis, silla de ruedas, u otro aparato de apoyo.
- Está restringida por enfermedad pulmonar a tal grado que el volumen de expiración forzado por segundo al ser medido con espirómetro es menor a un litro, o que su tensión de oxígeno arterial es menor a sesenta mm/Hg del aire ambiental en descanso.
- Usa oxígeno portátil.
- Tiene una condición cardíaca de un grado tal que la limitación funcional de la persona está clasificada (según las normas de la Asociación Americana del Corazón) en una severidad de Clase III o Clase IV.
- Está severamente limitada para caminar debido a una condición artrítica, neurológica u ortopédica.
- Ha sido diagnosticado médicamente con la siguiente condición física o mental que se espera pueda durar más de seis meses.

Describe: _____

¿Este estado de discapacidad se considera PERMANENTE? Si No

Fecha de inicio de la discapacidad _____

Nombre del médico _____

Firma del médico _____

Número telefónico del consultorio _____

Fecha _____

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: Todos los trabajadores de HEAT han firmado un acuerdo de confidencialidad con el Estado de Utah y conocen las leyes relevantes a confidencialidad y transporte de información médica.

El consultorio del médico debe enviar este formulario por correo electrónico o por fax al programa HEAT para que sea válido. Devuélvalo dentro de los 10 días hábiles.

HEAT Office Email Address

HEAT Office Fax Number

Intake Worker

Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria

Disponemos de ayudas auxiliares (adaptación) y servicios para personas con discapacidad cuando estas lo soliciten llamando al # 801-526-9240. Las individuos quienes son sordas, con problemas de audición o con impedimentos del habla pueden llamar a "Relay Utah" marcando al 711. Relay Utah en español: 1-888-346-3162.