CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CUESTIONARIO DE SALUD

Preguntamos las siguientes preguntas acerca de su salud para averiguar sí usted (1) necesita ayuda obteniendo y manteniendo sus beneficios, (2) no puede trabajar, y (3) pudiera calificar para beneficios de discapacidad. La información acerca de su salud será confidencial y se usará para ayudarle.

____ Favor de indicar aquí sí necesita ayuda para entender o para completar este formulario.

Usted no tiene que responder a estas preguntas. Sin embargo, sí no responde a estas preguntas, vamos a asumir que no necesita ayuda para solicitar beneficios y puede trabajar y tomar parte en servicios de empleo. Sí usted puede trabajar y no quiere responder a estas preguntas, un doctor tendrá que completar un documento indicando que usted no puede trabajar.

Favor de poner sus iniciales junto a una de las siguientes:

____ Responderé a este cuestionario. Entiendo que la información se mantendrá confidencialmente y será usada únicamente para ayudarme.

____ Elijo no responder a este cuestionario. Entiendo que el no responder pueda significar que tenga que trabajar y tomar parte en los servicios de empleo.

____ Yo no puedo trabajar. Elegí no responder al cuestionario. Le pediré a mi doctor que envié un documento indicando que yo no puedo trabajar.

____

Firma del Cliente Fecha

==========

*Uso del Condado: [ ] BROU Aprobado [ ] BROU Negado

Por: __________

Firma del/la Trabajador/a Social Fecha