



► **Formulario: Cómo solicitar información médica de su proveedor**

Este formulario muestra la información que puede haber en la documentación médica para servir de apoyo a una solicitud de adaptación razonable. Esta información no es asesoramiento legal. Para obtener asesoramiento legal para su situación específica, hable con un abogado.

Acerca de este formulario

Usted puede usar este formulario para pedirle información a su proveedor con el fin de confirmar o aclarar sus condiciones de salud. Usted puede usar esta información para justificar su solicitud de una adaptación o modificación razonable.

Cómo utilizar este formulario

Usted puede entregarle este formulario a su proveedor o médico para que lo complete. Una vez que se haya completado el formulario, usted puede enviarlo por correo postal, correo electrónico o entregárselo a su arrendador, empleador o a quien usted esté solicitándole la adaptación, junto con su solicitud de adaptación o modificación razonable. Guarde una copia del formulario y de la solicitud en sus archivos. Puede anotar la fecha en que envió su solicitud y cuándo espera recibir una respuesta.

1-800-928-8778 Toll Free | disabilityrightswi.org

Solicitud de información médica

(tiene que ser completada por el personal médico)

Su paciente, _____ (Fecha de nacimiento: _____),

le está pidiendo a su: ☐ proveedor de vivienda ☐ empleador ☐ otro: _____

Nombre del proveedor de vivienda, empleador u otra entidad:

que conceda una adaptación o modificación razonable debido a su discapacidad para:

Por favor, proporcione la siguiente información clínica:

1. ¿El paciente tiene un impedimento físico o mental que limite sustancialmente una o más actividades principales de la vida o funciones corporales importantes?

Las "actividades principales de la vida" incluyen, entre otras: autocuidado, tareas manuales, ver, oír, comer, dormir, caminar, pararse o ponerse de pie, levantar objetos, agacharse, respirar, hablar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse o trabajar.

La "actividad principal de la vida" también incluye la realización de una "función corporal importante", que puede incluir, entre otras: funciones del sistema inmunitario, crecimiento celular normal o funciones digestivas, intestinales, vesicales, neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas o reproductivas.

☐ Sí

☐ No

Si la respuesta es no, deténgase aquí: es posible que su paciente no sea elegible para adaptaciones o modificaciones razonables.

En caso afirmativo, ¿qué actividades principales de la vida están sustancialmente limitadas por los impedimentos del paciente?

2. ¿Al menos una de las limitaciones de las actividades principales de la vida de la pregunta 1 crea la necesidad de la adaptación o modificación que está solicitando el paciente?

¿Espera que la adaptación o modificación ayude con la limitación o que la limitación empeore sin la adaptación o modificación?

☐ Sí

☐ No

Si la respuesta es no, deténgase aquí: es posible que su paciente no sea elegible para esta adaptación o modificación razonable.

En caso afirmativo, describa la conexión entre la(s) limitación(es) de la pregunta 1 y la adaptación o modificación solicitada.

¿De qué manera la adaptación o modificación mejorará la limitación? ¿O cómo empeorará la limitación sin la adaptación o modificación? Trate de describir la conexión de manera que alguien que no esté familiarizado con las adaptaciones o modificaciones o con la condición del paciente pueda entenderla.

Nombre del personal médico

Tipo de licencia del personal médico
(LPC, LCSW, Psicólogo, MD, etc.)

Firma

Fecha