

# DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN PROFESIONAL DEL PROVEEDOR DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL

Departamento de Trabajo y Oportunidad Económica de Michigan  
Agencia de Compensación de La Discapacidad de los Trabajadores  
P. O. Box 30016, Lansing, MI 48909  
Ph: 888-396-5041

Usted ha sido referido por \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ para recibir servicios de rehabilitación vocacional proporcionados por un consultor/terapeuta de rehabilitación vocacional aprobado por la Agencia. Los servicios comenzarán con una evaluación vocacional integral. Si se considera apropiada la continuidad de los servicios, y un tercero (por ejemplo, un corredor de seguros o un abogado) está pagando por los servicios vocacionales, puede ser necesario asegurar la aprobación continua y la autorización de financiamiento. Independientemente de la fuente de financiamiento, **usted es el cliente**. Usted tiene tanto el derecho como la responsabilidad de participar en una rehabilitación vocacional adecuada, y también tiene el derecho de revisar y recibir copias de la documentación del expediente del caso que he preparado con relación a su caso, salvo que la ley lo prohíba. Información detallada sobre la rehabilitación vocacional, incluidos sus derechos y responsabilidades, se encuentra resumida en los folletos informativos adjuntos que han sido proporcionados por la Agencia de Compensación de La Discapacidad de los Trabajadores de Michigan. El objetivo final de este proceso es ayudarlo a regresar al empleo tan pronto como sea razonablemente posible.

Después de su evaluación vocacional, usted y su consultor/terapeuta de rehabilitación pueden redactar un borrador de un plan de rehabilitación individualizada por escrito que resumirá su conocimiento, habilidades y capacidades, delinear las metas a corto y largo plazo y proporcionará recomendaciones para el regreso al trabajo. La duración del plan y los servicios específicos variarán según cada caso, pero si se desarrolla un plan, usted y su terapeuta deben revisarlo como mínimo cada 90 días. Este es un proceso de colaboración, y usted debe discutir todas las preocupaciones que tenga con relación a su programa de rehabilitación vocacional con su consultor/terapeuta de rehabilitación, con su abogado y, si es necesario, con la División de Rehabilitación Vocacional de la Agencia.

Deberán tomarse precauciones para proteger la información de carácter personal, pero hay límites a la confidencialidad; por ejemplo, cuando la información se transmite electrónicamente, cuando sus registros se solicitan bajo orden judicial, cuando un tercero (por ejemplo, un corredor de seguros, un abogado, etc.) está pagando por los servicios o cuando yo considere que usted puede causarse daños a usted mismo o a otros. La confidencialidad también debe limitarse si necesito consultar con colegas, supervisores u otros profesionales para ayudarlo a alcanzar sus metas vocacionales; si la información es solicitada por otras partes (por ejemplo, médicos, terapeutas físicos, su empleador, etc.) y usted ha firmado un permiso para divulgar información; si está representado por un abogado; si es menor de edad o si tiene un tutor legal. Finalmente, a solicitud de la Agencia de Compensación de La Discapacidad de los Trabajadores, este plan y cualquier informe posterior del avance vocacional deberán proporcionarse a la Agencia como parte del proceso regulatorio.

Se le proporcionará un resumen de mis calificaciones y credenciales junto con esta declaración de divulgación. Los registros se mantendrán en forma segura por \_\_\_\_\_ años y luego se destruirán adecuadamente de acuerdo con los estatutos nacionales o de Michigan. En caso de mi ausencia prolongada, incapacidad o muerte, puede obtenerse una copia de mis registros relacionados con su caso de \_\_\_\_\_.

**Al firmar este formulario, confirmo que revisé los temas tratados con mi consultor/terapeuta de rehabilitación vocacional. Asimismo, el que yo haya firmado la presente declaración no constituye permiso para divulgar información a mi terapeuta.**

Nombre en letra de imprenta del cliente y firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta del consultor/terapeuta y firma

Fecha

He recibido una copia de WC-PUB-001 *Un Resumen de sus derechos y responsabilidades según la Ley de Compensación Laboral y Discapacidad*  Sí  No Iniciales \_\_\_\_\_

He recibido una copia de WC-PUB-003 *Rehabilitación vocacional para trabajadores lesionados*  Sí  No Iniciales \_\_\_\_\_

LEO (Licencias y Asuntos Regulatorios) es un empleador/programa de oportunidad equitativa.  
Para personas con discapacidades existen disponibles ayudas y servicios auxiliares y otras acomodaciones razonables, previa solicitud.