



Vocational Rehab Services, Inc.

3230 S. Buffalo Drive, Suite 102, Las Vegas, NV 89117

P: (702) 857-9460 | F: (855) 837-2681

vocationalrehabservices@gmail.com

CONSENT FOR VOCATIONAL CASE MANAGEMENT

I, _____, hereby acknowledge that my case has been assigned to Vocational Rehab Services, Inc., for the coordination and provision of vocational rehabilitation case management services.

I acknowledge that information about my medical and vocational history will be shared with my vocational rehabilitation case manager at Vocational Rehab Services, Inc., and that in the coordination and provision of vocational services, such information may be discussed verbally or in writing with other professionals involved in the management of my case.

This consent for vocational case Management will be good for the duration of my vocational case management services, unless I or my legal representative (if any) elect to revoke such consent. I realize that revocation of this consent may be done by submitting written notice to Vocational Rehab Services, Inc. I also realize that if I were to revoke this consent, Vocational Rehab Services, Inc., may be unable to provide any authorized vocational rehabilitation services relating to my Workers' Compensation claim, from the date of revocation.

I have received a copy of this consent for vocational case management.

CONSENTIMIENTO PARA EL MANEJO DEL ASPECTO VOCACIONAL DEL CASO

Yo, _____, por medio de la presente reconozco que mi caso ha sido asignado a Vocational Rehab Services, Inc., con el propósito de la coordinación y entrega de servicios de manejo vocacional de mi caso.

Reconozco que la información acerca de mi historial médico y vocacional le será compartida a mi consejero de rehabilitación vocacional de Vocational Rehab Services, Inc., y que, en el proceso de coordinar y proveer dichos servicios vocacionales, dicha información puede ser dialogada verbalmente o por escrito con otros profesionales envueltos en el manejo de mi caso.

Este consentimiento para manejo vocacional de mi caso estará en efecto durante la duración de mis servicios de manejo vocacional de mi caso, al menos que yo o mi representante legal (si hubiera alguno) elija revocar tal consentimiento. Me percato que, si deseara revocar este consentimiento, podría hacerlo presentando dicha notificación por escrito a Vocational Rehab Services, Inc. Además, reconozco que, si llegara a revocar este consentimiento, Vocational Rehab Services, Inc., no podría proveerme de ningún servicio autorizado con respecto a rehabilitación vocacional con respecto a mi caso de Compensación al Trabajador, desde la fecha de revoque.

He recibido una copia de este consentimiento para el manejo vocacional de mi caso.

Signature of Client / Firma del Cliente

Date Signed / Fecha

Signature of Vocational Case Manager

Date Signed