

ACTIVIDADES

Marque en cada casilla que corresponda a las actividades que puede realizar cualquier día o de forma regular, ¿sin ayuda?

Trabajos de jardinería	<input type="checkbox"/>	Tareas domésticas leves	<input type="checkbox"/>	Cocinar/preparar alimentos	<input type="checkbox"/>
Conducir	<input type="checkbox"/>	Pagar facturas	<input type="checkbox"/>	Ir de compras	<input type="checkbox"/>
Cuidado infantil	<input type="checkbox"/>	Cuidado de mascotas/animales	<input type="checkbox"/>	Higiene diaria (bañarse, etc.)	<input type="checkbox"/>
Tomar medicamentos	<input type="checkbox"/>	Asistir a la iglesia	<input type="checkbox"/>	Hablar por teléfono	<input type="checkbox"/>
Utilizar una computadora	<input type="checkbox"/>	Actividades sociales	<input type="checkbox"/>	Cuidar a personas mayores/otros	<input type="checkbox"/>
Mantener una chequera	<input type="checkbox"/>	Hacer compras	<input type="checkbox"/>	Contar monedas	<input type="checkbox"/>

Para las actividades que no marcó anteriormente, ¿quién le ayuda a realizarlas y cómo? _____

Cuando sale, ¿cómo viaja?

Camina	<input type="checkbox"/>	Conduce un automóvil	<input type="checkbox"/>	Conduce una bicicleta	<input type="checkbox"/>	Viaja en automóvil	<input type="checkbox"/>	Transporte público	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	----------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------

Indique los lugares a los que acude de forma regular _____

¿Utiliza algún dispositivo de asistencia, y si lo hace, de qué tipo? (bastón, silla de ruedas, andador, otro) _____

¿Con qué frecuencia utiliza los dispositivos de asistencia mencionados anteriormente? Pocas veces
 Frecuentemente Siempre

¿Le prescribieron el dispositivo de asistencia? Sí No **Si la respuesta es Sí, ¿quién se lo prescribió?**

¿Cuáles son sus pasatiempos? (Ejemplos: leer, ver televisión, practicar deportes, coser, etc.)

¿Tiene problemas para relacionarse con su familia, amigos o vecinos? Sí No **Si la respuesta es Sí, explique.** _____

HABILIDADES

Marque cualquiera de las siguientes opciones con las cuales tenga problemas debido a su enfermedad, lesión o condición:

Comprender instrucciones	<input type="checkbox"/>	Completar tareas	<input type="checkbox"/>	Estar de pie durante 30 minutos	<input type="checkbox"/>
Manejar cambios en la rutina	<input type="checkbox"/>	Llevarse bien con los demás	<input type="checkbox"/>	ermanecer sentado durante una hora	<input type="checkbox"/>
Llevarse bien con la autoridad	<input type="checkbox"/>	Manejar el estrés	<input type="checkbox"/>	Agacharse o inclinarse	<input type="checkbox"/>
Seguir instrucciones verbales	<input type="checkbox"/>	Concentrarse	<input type="checkbox"/>	Caminar una cuadra	<input type="checkbox"/>
Seguir instrucciones escritas	<input type="checkbox"/>	Ver (con anteojos, si son necesarios)	<input type="checkbox"/>	Otros: _____	<input type="checkbox"/>
Recordar cosas de rutina	<input type="checkbox"/>	Escuchar (con aparatos de corrección auditiva, si son necesarios)	<input type="checkbox"/>		

INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA (UTILICE PÁGINAS ADICIONALES SEGÚN SEA NECESARIO)

Indique a todos los médicos, hospitales y clínicas dónde ha recibido tratamiento. Envíe todos los registros médicos referentes a su discapacidad para los servicios recibidos. (Dentro de los últimos 24 meses para una discapacidad física, y todos los expedientes para una discapacidad psicológica). Si tenemos que solicitar sus registros médicos, necesitaremos que firme un formulario de autorización de divulgación para cada proveedor.

Médico/Hospital/Clínica	Dirección y núm. de teléfono	Fechas de tratamiento		Razón para el tratamiento
		De	Hasta	

MEDICAMENTOS (UTILICE PÁGINAS ADICIONALES SEGÚN SEA NECESARIO)

Indique todos los medicamentos que toma actualmente y el médico que le prescribe cada uno.

Nombre del medicamento	Dosis y frecuencia	Quién lo prescribió	Fecha de la última visita con este proveedor

APTITUD PARA OTROS PROGRAMAS

Coloque una 'X' en cualquiera de los programas listados a continuación para los que se inscribió o de los que recibe servicios o beneficios. <u>Si se le negó el beneficio o terminó, indique la fecha.</u>	Solicitado	Aprobado	Pendiente	Apelado	Denegado (fecha)	Terminado (fecha)
Rehabilitación vocacional (VR) (Envíe una copia de su Plan de VR)						
SSI/Seguro Social por discapacidad (SSDI) (Envíe una copia del aviso de decisión del seguro social)						

Si el Ingreso suplementario de seguridad (SSI) o el Seguro Social por discapacidad (SSDI) fue denegado o terminado, indique la razón _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Hay alguna otra información que quiera que sepamos sobre su reclamo? _____

FUENTES DE INFORMACIÓN

Escriba con letra de molde el nombre de la persona que llenó este formulario: (si no es el solicitante, indique la relación)

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE

REPRESENTANTE DE LA AGENCIA QUE REALIZA LA ENTREVISTA (SI ES APLICABLE)

(Solamente para entrevistas en persona) Describa cualquier información significativa, como la apariencia personal, síntomas, discapacidades, actitud mental, etc. Si no se pudo entrevistar al solicitante directamente, explique la razón.

Representante de la agencia (*Escriba en imprenta*)

Agencia

Fecha