

Cuestionario de discapacidad

COMPLETADO POR THE STATE DISABILITY REVIEW UNIT:

NOMBRE:

Primero: _____

Segundo: _____

Apellido: _____

Número de Social Security (últimos 4 dígitos): _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

Case Number: _____

Client ID Number (CIN): _____

Disability ID Number (DIN): _____

Medicaid application date: _____

Medicaid Waiver? Yes No

Waiver type: _____

¿Alguna vez solicitó beneficios por discapacidad a la Social Security Administration (SSA)? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuándo? (mes/año) _____ fecha de decisión de la SSA: (mes/año) _____

¿Cuál fue la decisión? _____

Si le negaron los beneficios, ¿cuál fue el motivo (médico o no médico)? _____

¿Apeló la decisión? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuándo? (mes/año) _____

PARTE I - INFORMACIÓN SOBRE SUS CONDICIONES MÉDICAS

A. Enumere todas sus condiciones médicas (diagnósticos):

B. ¿Cómo afectan sus condiciones médicas su capacidad para funcionar? (Incluya cualquier limitación en su capacidad para hacer actividades de la vida diaria y actividades relacionadas con el trabajo).

C. Enumere sus medicamentos (o adjunte una lista).

PARTE II - INFORMACIÓN SOBRE SUS EXPEDIENTES MÉDICOS

Para hacer una determinación de discapacidad se necesita evidencia médica actual para evaluar su discapacidad física o mental. Si no vio a un proveedor médico por sus discapacidades en los últimos 12 meses, la agencia local puede coordinar un examen consultivo para usted.

A. ¿Tiene un proveedor de atención primaria? Sí No
(Si la respuesta es sí, dé el nombre, la dirección y el número de teléfono).

Fecha de la última consulta (mes/año):

B. ¿Consultó a otros proveedores médicos en los últimos 12 meses? Sí No
(Si la respuesta es sí, complete la sección de abajo.)
Enumere el nombre, la dirección y el número de teléfono de todos los proveedores médicos que haya visto durante los últimos 12 meses (por ejemplo, médicos, enfermeras practicantes/asistentes médicos, consejeros de salud mental, fisioterapeutas/terapeutas ocupacionales/del habla, audiólogos, etc.). (Hay hojas de continuación disponibles).

Nombre:	Número de teléfono:	Dirección:
Razón de la consulta:		
Nombre:	Número de teléfono:	Dirección:
Razón de la consulta:		
Nombre:	Número de teléfono:	Dirección:
Razón de la consulta:		

C. ¿Recibió atención médica en un hospital u otro centro de atención médica en los últimos 12 meses? Sí No
(Si la respuesta es sí, complete la sección de abajo.)

Enumere el nombre y la dirección de todos los hospitales y otros centros de atención médica en los que buscó tratamiento en los últimos 12 meses. (Hay hojas de continuación disponibles).

Nombre:	Dirección:
Razón:	
Nombre:	Dirección:
Razón:	
Nombre:	Dirección:
Razón:	

D. ¿Recibió servicios de alguna agencia para ayudarlo con sus discapacidades en los últimos 12 meses? Sí No
(Si la respuesta es sí, complete la sección de abajo).

Enumere el nombre y la dirección de cualquier otra agencia que haya visto para obtener ayuda con sus condiciones médicas en los últimos 12 meses (por ejemplo, agencias de rehabilitación vocacional, agencias de empleo o vivienda con apoyo, agencias de administración de casos, etc.).

Nombre:	Dirección:
Razón:	
Nombre:	Dirección:
Razón:	
Nombre:	Dirección:
Razón:	

PARTE III - INFORMACIÓN SOBRE SU EDUCACIÓN Y ALFABETIZACIÓN

Si no se puede hacer una determinación de discapacidad basándose únicamente en sus condiciones médicas, los factores de educación, alfabetización e historial laboral se usarán para determinar la discapacidad.

A. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que completó? _____

B. Si tiene un hijo de hasta 21 años que asiste a la escuela o un programa vocacional, dé el nombre y la dirección de la escuela o el programa.

Nombre de la escuela/programa: _____

Dirección: _____

Complete la DOH-5173, Authorization for Release of Medical Information de conformidad con el formulario HIPAA para esta escuela/programa.

C. ¿Estuvo (está) participando en clases de educación especial en la escuela? Sí No

D. ¿Recibió (recibe) alguna ayuda especial o adaptaciones en la escuela? Sí No *(Si la respuesta es sí, describa).*

(Si tiene una copia de su IEP, inclúyala con los formularios devueltos).

E. ¿Recibió formación profesional o educación adicional en los últimos 12 meses? Sí No
(Si la respuesta es sí, describa).

F. ¿Puede leer un mensaje sencillo en algún idioma (como instrucciones sencillas o una lista de artículos)? Sí No

G. ¿Puede escribir un mensaje sencillo en algún idioma? Sí No

H. ¿Se necesitó ayuda o un intérprete para completar esta solicitud? Sí No
(Si la respuesta es sí, indique su idioma principal).

PARTE IV - INFORMACIÓN SOBRE EL TRABAJO QUE HIZO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

¿Trabajó en los últimos 5 años? Sí No

Si la respuesta es Sí, con el mayor detalle posible, enumere los trabajos (hasta 5) que tuvo EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, comenzando con su trabajo más reciente.

Fechas de empleo:		Cargo:	Tipo de negocio:
Desde: _____			
Hasta: _____	Número de horas/semana: _____	Salario: _____	
Describa sus tareas básicas:			
Durante un día típico, ¿cuántas horas: Estaba parado _____ Caminaba _____ Estaba sentado _____			
¿Cuánto peso levantaba con frecuencia? _____ libras			
Motivo para irse:			

Fechas de empleo:		Cargo:	Tipo de negocio:
Desde: _____			
Hasta: _____	Número de horas/semana: _____	Salario: _____	
Describa sus tareas básicas:			
Durante un día típico, ¿cuántas horas: Estaba parado _____ Caminaba _____ Estaba sentado _____			
¿Cuánto peso levantaba con frecuencia? _____ libras			
Motivo para irse:			

Fechas de empleo:		Cargo:	Tipo de negocio:
Desde: _____			
Hasta: _____	Número de horas/semana: _____	Salario: _____	
Describa sus tareas básicas:			
Durante un día típico, ¿cuántas horas: Estaba parado _____ Caminaba _____ Estaba sentado _____			
¿Cuánto peso levantaba con frecuencia? _____ libras			
Motivo para irse:			

PARTE IV
CONTINÚA EN LA PRÓXIMA PÁGINA

PARTE IV - INFORMACIÓN SOBRE EL TRABAJO QUE HIZO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS
CONTINUACIÓN

Fechas de empleo:	Cargo:	Tipo de negocio:
Desde: _____		
Hasta: _____	Número de horas/semana: _____	Salario: _____
Describa sus tareas básicas:		
Durante un día típico, ¿cuántas horas: Estaba parado _____ Caminaba _____ Estaba sentado _____		
¿Cuánto peso levantaba con frecuencia? _____ libras		
Motivo para irse:		

Fechas de empleo:	Cargo:	Tipo de negocio:
Desde: _____		
Hasta: _____	Número de horas/semana: _____	Salario: _____
Describa sus tareas básicas:		
Durante un día típico, ¿cuántas horas: Estaba parado _____ Caminaba _____ Estaba sentado _____		
¿Cuánto peso levantaba con frecuencia? _____ libras		
Motivo para irse:		

--

Nombre de la persona que completa el formulario (en letra de molde):	Fecha:
Número de teléfono:	