

Informe de Discapacidad

Disability Report

Decisión de Discapacidad Médica
DSHS 14-144A

El formulario de Informe de Discapacidad, DSHS 14-144A, reúne información acerca de la discapacidad, evidencia médica, e historial laboral de un cliente para que la División de Determinación de Discapacidad (DDDS, por sus siglas en inglés) pueda utilizarla al determinar la discapacidad médica.

El Especialista en Servicio Social (SSS) o Especialista en Servicio Financiero (FSS) inicia el DSHS 14-144A. El SSS o FSS debe asegurarse de que la oficina de Servicios Comunitarios (CSO), y el número de teléfono estén anotados en el formulario. Marque la casilla apropiada para indicar que la decisión de discapacidad solicitada es para la Asistencia Médica No Subsidiada (NGMA) o Atención Médica para Trabajadores con Discapacidades (HWD). Agregue el formulario completo al paquete de decisión de discapacidad.

1. El SSS o FSS completa el encabezado para indicar el nombre, el Número de Seguro Social (SSN), y la condición de discapacidad del cliente.
2. El SSS o FSS puede ayudar a que el cliente complete la Parte 1 - Información acerca de su condición. Las fechas no necesitan ser exactas, pero deben reflejar el mes y el año.
3. El SSS o FSS puede ayudar a que el cliente complete la Parte 2 - Información acerca de sus registros médicos. Es importante identificar médicos y fuentes de tratamientos de la manera más completa posible.
4. El SSS o FSS puede ayudar a que el cliente complete la Parte 3 - Información acerca de sus actividades. El SSS o FSS debe revisar la información a fin de asegurar que las limitaciones del cliente estén identificadas de forma clara.
5. El SSS o FSS puede ayudar a que el cliente complete la Parte 4 - Información acerca de su educación. Se debe mencionar si las clases escolares fueron clases de Educación Especial.
6. El SSS o FSS puede ayudar a que el cliente complete la Parte 5 - Información acerca del trabajo que realizó. No se deben mencionar a los empleadores individuales, sino el tipo de negocio.
7. El SSS o FSS puede ayudar a que el cliente complete el Punto 1 en la Parte 6 - Comentarios. El Trabajador Social debe completar los Puntos del 2 al 6.

Informe de Discapacidad

Disability Report

Decisión de Discapacidad Médica

SOLICITUD PARA:

- Asistencia Médica No Subsidiada (NGMA)
- Atención Médica para Trabajadores con Discapacidades (HWD)

Un trabajador del servicio social completa este formulario durante una entrevista con el solicitante o el representante del solicitante. **Por favor escriba en letra de imprenta, a máquina o de forma clara, además responda todos los puntos de la mejor manera posible. Responda todas las preguntas. Las respuestas completas ayudan a procesar el reclamo. Si necesita más espacio para contestar alguna de las preguntas del formulario, vaya a la parte 6 o adjunte hojas adicionales.**

| | | |
|--|----------------------------|--|
| 1. NOMBRE DEL SOLICITANTE/ALIAS | 2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | 3. NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA) |
| 4. INFORMACIÓN DE CONTACTO DE UN TERCERO | NOMBRE DIRECCIÓN | NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA) |
| 5. ¿CUÁL ES SU CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD? EXPLIQUE DE FORMA BREVE LA LESIÓN O ENFERMEDAD QUE LE IMPIDE TRABAJAR. | | |

PARTE 1. INFORMACIÓN ACERCA DE SU CONDICIÓN

1. ¿Cuál fue la fecha en que su condición le molestó por primera vez? _____

MES DÍA AÑO

Sí NO

2A. ¿Trabajó después de la fecha que se indica en el punto 1? Si respondió **NO**, vaya a 3A y 3B a continuación.

2B. **Si respondió sí a 2A**, su condición hizo que cambie:

¿Su trabajo o tareas laborales?

¿Sus horas de trabajo?

¿Su asistencia?

¿Alguna otra cosa más acerca de su trabajo?

2C. **Si respondió sí a cualquier punto en 2B**, explique los cambios que hubieron en sus circunstancias laborales, las fechas en que ocurrieron, y cómo su condición hizo que estos cambios fueran necesarios:

3A. ¿Cuándo su condición le impidió trabajar por completo? _____

MES DÍA AÑO

3B. Explique cómo su condición le impide trabajar actualmente:

PARTE 2. INFORMACIÓN ACERCA DE SUS REGISTROS MÉDICOS

| | |
|--|--|
| 1. Ingrese la siguiente información acerca del médico que tiene los registros médicos más actuales acerca de su condición de discapacidad: | <input type="checkbox"/> Marque aquí si nunca ha consultado con un médico en cuanto a su condición de discapacidad. |
| NOMBRE DEL MÉDICO/CLÍNICA | NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA) |
| DIRECCIÓN | FECHA EN QUE CONSULTÓ <u>POR PRIMERA VEZ</u> A ESTE MÉDICO |
| ENFERMEDAD O LESIÓN POR LA CUAL SE LE REALIZÓ UN EXAMEN O TRATAMIENTO | FECHA EN QUE CONSULTÓ <u>POR ÚLTIMA VEZ</u> A ESTE MÉDICO |
| TIPO DE TRATAMIENTO O MEDICINAS QUE RECIBIÓ (POR EJEMPLO: CIRUGÍA, QUIMIOTERAPIA, RADIACIÓN Y LAS MEDICINAS QUE TOMA PARA SU ENFERMEDAD O LESIÓN, SI LAS CONOCE. SI NO CUENTA CON TRATAMIENTO O MEDICINAS, ESCRIBA <u>NINGUNO</u> .) | |
| 2. ¿Ha consultado con algún otro médico desde que su condición de discapacidad empezó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, responda a lo siguiente: | |
| NOMBRE DEL MÉDICO/CLÍNICA | NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA) |
| DIRECCIÓN | FECHA EN QUE CONSULTÓ <u>POR PRIMERA VEZ</u> A ESTE MÉDICO |

| | | | | |
|--|--------------------------|---|------------------|-------------------|
| ENFERMEDAD O LESIÓN POR LA CUAL SE LE REALIZÓ UN EXAMEN O TRATAMIENTO | | FECHA EN QUE CONSULTÓ <u>POR ÚLTIMA VEZ</u> A ESTE MÉDICO | | |
| TIPO DE TRATAMIENTO O MEDICINAS QUE RECIBIÓ (POR EJEMPLO: CIRUGÍA, QUIMIOTERAPIA, RADIACIÓN Y LAS MEDICINAS QUE TOMA PARA SU ENFERMEDAD O LESIÓN, SI LAS CONOCE. SI NO CUENTA CON TRATAMIENTO O MEDICINAS, ESCRIBA <u>NINGUNO</u>). | | | | |
| <i>Si ha consultado con otros médicos debido a esta enfermedad o lesión, adjunte páginas adicionales con la información antes mencionada.</i> | | | | |
| 3. ¿Ha recibido tratamiento en un hospital debido a su condición de discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, responda a lo siguiente: | | | | |
| NOMBRE DEL HOSPITAL | | NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA) | | |
| DIRECCIÓN | | | | |
| ¿CUÁLES FUERON LAS FECHAS DE SUS CONSULTAS? | | | | |
| ENFERMEDAD O LESIÓN POR LA CUAL SE LE REALIZÓ UN EXAMEN O TRATAMIENTO | | | | |
| TIPO DE TRATAMIENTO O MEDICINAS QUE RECIBIÓ (POR EJEMPLO: CIRUGÍA, QUIMIOTERAPIA, RADIACIÓN Y LAS MEDICINAS QUE TOMA PARA SU ENFERMEDAD O LESIÓN, SI LAS CONOCE. SI NO CUENTA CON TRATAMIENTO O MEDICINAS, ESCRIBA <u>NINGUNO</u>). | | | | |
| 4. Si ha estado en otros hospitales debido a su enfermedad o lesión, responda a lo siguiente: | | | | |
| NOMBRE DEL HOSPITAL | | NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA) | | |
| DIRECCIÓN | | | | |
| ¿CUÁLES FUERON LAS FECHAS DE SUS CONSULTAS? | | | | |
| ENFERMEDAD O LESIÓN POR LA CUAL SE LE REALIZÓ UN EXAMEN O TRATAMIENTO | | | | |
| TIPO DE TRATAMIENTO O MEDICINAS QUE RECIBIÓ (POR EJEMPLO: CIRUGÍA, QUIMIOTERAPIA, RADIACIÓN Y LAS MEDICINAS QUE TOMA PARA SU ENFERMEDAD O LESIÓN, SI LAS CONOCE. SI NO CUENTA CON TRATAMIENTO O MEDICINAS, ESCRIBA <u>NINGUNO</u>). | | | | |
| <i>Si ha estado en otros hospitales o clínicas debido a su enfermedad o lesión, enumere los nombres, las fechas y las razones en la Parte 6 o adjunte hojas adicionales.</i> | | | | |
| 5. ¿Se le realizó alguno de los siguientes exámenes el año pasado? Marque la casilla adecuada a continuación, si su respuesta es "sí", mencione dónde y cuándo se realizó el examen. | | | | |
| EXAMEN | SÍ | NO | DÓNDE SE REALIZÓ | CUÁNDO SE REALIZÓ |
| Electrocardiograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Radiografía de tórax | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Otras radiografías (especifique el tipo): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Exámenes de respiración | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Exámenes de sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Otro (especificar): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

PARTE 2. LISTA DE MEDICAMENTOS

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | RECETADO POR (NOMBRE DEL MÉDICO) | MOTIVO DEL MEDICAMENTO |
|------------------------|----------------------------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Si utiliza más medicamentos, adjunte hojas adicionales con la información antes mencionada.

PARTE 4. INFORMACIÓN ACERCA DE SU EDUCACIÓN

- ¿Cuál es el grado escolar más alto que completó? _____ ¿Qué año? _____
- ¿Ha asistido a alguna escuela de oficio o vocacional o ha tenido algún tipo de capacitación especial? Sí No
Si es así, responda a lo siguiente:

| | |
|---|---------------------------------------|
| TIPO DE ESCUELA DE OFICIO O VOCACIONAL O CAPACITACIÓN | FECHAS APROXIMADAS EN LAS QUE ASISTIÓ |
|---|---------------------------------------|

CÓMO ESTOS CONOCIMIENTOS ACADÉMICOS O CAPACITACIÓN SE UTILIZARON EN ALGÚN TRABAJO QUE REALIZÓ

PARTE 5. INFORMACIÓN ACERCA DEL TRABAJO QUE REALIZÓ

Mencione todos los trabajos que tuvo en los últimos 15 años antes que dejara de trabajar, empezando con su trabajo habitual. Esto quiere decir el trabajo que realizó durante más tiempo. Si estudió hasta 6to grado o menos, Y solamente realizó trabajos que no requieren una habilidad especial durante 35 años o más, enumere todos los trabajos que tuvo desde que empezó a trabajar. Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales o utilice la Parte 6.

| PUESTO | TIPO DE NEGOCIO | DE | A | DÍAS POR SEMANA | TASA DE PAGO (POR HORA, DÍA, SEMANA, MES O AÑO) |
|--------|-----------------|----|---|-----------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

- 2A. En el trabajo habitual que mencionó anteriormente, usted:
- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| ¿Utilizaba máquinas, herramientas o equipos de algún tipo? | <input type="checkbox"/> | SÍ | <input type="checkbox"/> | NO |
| ¿Utilizaba conocimiento o habilidades técnicas? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Escribía, completaba informes o realizaba tareas similares? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Tenía responsabilidades de supervisión: | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
- 2B. Explique todas las respuestas en las que respondió "sí" dando una descripción completa de: los tipos de maquinas, herramientas o equipos que utilizaba y la operación exacta que desempeñaba; el conocimiento o habilidades técnicas involucradas; el tipo de escritos que hacía y la naturaleza de todos los informes; y el número de personas que supervisaba así como el alcance de su supervisión.

2C. Describa el tipo y cantidad de actividad física que su trabajo habitual involucraba durante un día típico al marcar la mejor respuesta a continuación.

- ¿Cuántas horas del día usted: caminaba? 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 estaba parado? 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 estaba sentado? 0 1 2 3 4 5 6 7 8
- ¿Con qué frecuencia en el día usted: se agachaba? Nunca Ocasionalmente Frecuentemente
 se estiraba para alcanzar algo? Nunca Ocasionalmente Constantemente

Cargar y transportar: describa lo que se cargaba y cual era la distancia en que lo transportaba

- ¿Cuanto pesaba lo más pesado que cargó? 10 lbs. 20 lbs. 50 lbs. 100 lbs. Más de 100 lbs.
 ¿Cuál era el peso que cargaba o transportaba frecuentemente? Más de 10 lbs. Más de 25 lbs. Más de 50 lbs.
 Más de 100 lbs.

PARTE 6. COMENTARIOS

1. Utilice esta sección como espacio adicional para responder alguna de las preguntas previas. Asimismo, utilice este espacio para dar cualquier información adicional que crea que será útil al tomar una decisión en su reclamo de discapacidad (tal como información acerca de otras enfermedades o lesiones que no se enumeraron anteriormente).

A SER COMPLETADO POR EL ENTREVISTADOR

2. ¿El solicitante habla inglés? Sí No Si no es así, ¿qué idioma habla?:
3. ¿El solicitante necesita ayuda para procesar su reclamo? Sí No
Si es así, complete la información de contacto de un tercero en la Página 1.
4. Marque qué dificultades, si corresponde, se observaron mientras se entrevistaba al solicitante.
 Lectura Escritura Responder preguntas Audición
 Sentarse Comprensión Uso de las manos Respiración
 Visión Caminar Otros (especificar):
 NINGUNA OBSERVADA
- Si se marcó alguno de los puntos, describa la dificultad exacta involucrada:
5. ¿Alguna evaluación ABD actual/pendiente? Sí No
 Física; fecha: _____
 Salud mental; fecha: _____
6. Describa al solicitante por completo (por ejemplo: contextura general, talla, peso, comportamiento, alguna dificultad para añadir o complementar las que se mencionaron anteriormente):

| | | |
|---|-------|---|
| FIRMA DEL ENTREVISTADOR | FECHA | NOMBRE DEL ENTREVISTADOR (A MÁQUINA O EN LETRA DE IMPRENTA) |
| NÚMERO DE TELÉFONO DEL ENTREVISTADOR (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA) | | OFICINA DE SERVICIOS COMUNITARIOS |