

**Informe de Discapacidad Continua**

* **Adulto**

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur

 **Enviar a:** SCDHHS-Central Mail

 PO Box 100101

 Columbia, SC 29202-3101

*Si necesita asistencia, llame sin cargo al Centro de Servicios para Miembros de Healthy Connections al* ***(888) 549-0820.***

**Cantidad de páginas recibidas y escaneadas:\_\_\_\_**

[ ]  *Archivo de la última decisión favorable no encontrado* **ESTA CASILLA ES SOLO PARA USO DE DHHS**

 *\_\_\_\_\_\_ (Iniciales)*

Fecha de solicitud inicial: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Número de hogar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Fecha de presentación en MAO99)

Sírvase completar este formulario y devolverlo junto con el formulario de Autorización para Divulgar Información de Salud firmado en el sobre proporcionado. Es muy importante que proporcione direcciones completas y números de teléfono para sus fuentes médicas. Si el formulario no se completa totalmente, retrasará el procesamiento de su reclamo de Discapacidad de Medicaid.

Es de suma importancia que el formulario adjunto de Autorización para Divulgar Información de Salud esté firmado **EN TINTA NEGRA O AZUL. Si tiene un representante legal o existe un poder, incluya una copia con su formulario completado y firmado.**

Apellido:

Primer nombre:

Inicial del segundo nombre:

N° de Seguro Social: - - Apellido anterior/Apellido de soltera:

Fecha de nacimiento: / / Fecha de fallecimiento (si corresponde): / /

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Estado:\_\_\_\_\_\_ | Código postal: \_\_\_\_\_\_\_ |

 Teléfono: - -

Persona de contacto:

Relación con el solicitante:

Teléfono: - -

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dirección de contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Estado:\_\_\_\_\_\_ | Código postal: \_\_\_\_\_\_\_ |

¿Cuál es la condición de discapacidad por la cual recibe Medicaid?

¿Hubo algún cambio (para mejor o para peor) o nuevas lesiones o enfermedades desde que comenzó a recibir beneficios?

[ ]  Sí [ ]  No En caso afirmativo, ¿qué ha cambiado y cuándo?

# INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE SU DISCAPACIDAD

**NOTA: Si necesita espacio adicional para las fuentes médicas, enumere sus nombres, direcciones y motivos de las consultas en la sección "Observaciones".** Necesitamos una dirección completa de todos los proveedores médicos a fin de solicitar las historias clínicas. Enumere TODOS los médicos a los que haya consultado en una **clínica o consultorio médico** en los últimos **15 meses.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.  | Nombre del médico: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Clínica: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Dirección: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Teléfono: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Motivo de la consulta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de la última consulta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2.  | Nombre del médico: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Clínica: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Dirección: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Teléfono: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Motivo de la consulta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de la última consulta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3.  | Nombre del médico: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Clínica: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Dirección: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Teléfono: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Motivo de la consulta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de la última consulta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4.  | Nombre del médico: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Clínica: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Dirección: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Teléfono: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Motivo de la consulta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de la última consulta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5.  | Nombre del médico: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Clínica: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Dirección: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Teléfono: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Motivo de la consulta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de la última consulta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Necesitamos una dirección completa de todos los proveedores médicos a fin de solicitar las historias clínicas.

Enumere TODOS **los hospitales, salas de emergencia o centros de atención de urgencias** a los que haya acudido en los últimos **15 meses**. Escriba solo el nombre del centro; no necesitamos los nombres individuales de los médicos.

Nota: Si necesita más espacio, puede utilizar la sección «Observaciones» o adjuntar páginas adicionales

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.  | Nombre del centro: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | (Marque con un círculo todo lo que corresponda) | PACIENTE HOSPITALIZADO\*PACIENTE AMBULATORIO |
|  | Dirección: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Teléfono: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Motivo de la consulta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de la última consulta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2.  | Nombre del centro: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | (Marque con un círculo todo lo que corresponda) | PACIENTE HOSPITALIZADO\*PACIENTE AMBULATORIO |
|  | Dirección: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Teléfono: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Motivo de la consulta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de la última consulta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3.  | Nombre del centro: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | (Marque con un círculo todo lo que corresponda) | PACIENTE HOSPITALIZADO\*PACIENTE AMBULATORIO |
|  | Dirección: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Teléfono: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Motivo de la consulta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de la última consulta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4.  | Nombre del centro: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | (Marque con un círculo todo lo que corresponda) | PACIENTE HOSPITALIZADO\*PACIENTE AMBULATORIO |
|  | Dirección: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Teléfono: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Motivo de la consulta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de la última consulta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5.  | Nombre del centro: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | (Marque con un círculo todo lo que corresponda) | PACIENTE HOSPITALIZADO\*PACIENTE AMBULATORIO |
|  | Dirección: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Teléfono: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Motivo de la consulta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de la última consulta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Enumere todos los lugares adicionales donde se haya realizado exámenes o estudios por imágenes (análisis de sangre, radiografías, TC, etc.) realizados en los últimos 15 meses **si el centro no ha sido ya enumerado antes**.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.  | Nombre del centro: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de la última consulta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Dirección: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Teléfono: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Examen/Imagen: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2.  | Nombre del centro: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de la última consulta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Dirección: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Teléfono: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Examen/Imagen: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3.  | Nombre del centro: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de la última consulta: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Dirección: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Teléfono: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Examen/Imagen: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

En los últimos 15 meses, ¿ha sido evaluado o tratado por alguna de las siguientes agencias?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|[ ]  Sí |[ ]  No | Clínica del Departamento de Salud Mental de CS |  Clínica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|[ ]  Sí |[ ]  No | Centro de alcohol y drogas |  Clínica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|[ ]  Sí |[ ]  No | Departamento de Discapacidades y Necesidades Especiales de CS  |  Centro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# HISTORIAL DE EDUCACIÓN

¿Cuál es el nivel más alto que **COMPLETÓ**? **(Marque con un círculo la opción que corresponda)**

6to grado o menos 7mo-11avo grado 12avo grado/GED (Desarrollo Educativo General)

¿Estuvo inscrito en clases de Educación o Recursos Especiales? □ SÍ □ NO

#  En caso afirmativo, ¿a qué tipo de clases asistió? (Ejemplo: recursos, matemáticas, lectura, etc):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fechas en la que asistió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# HISTORIA LABORAL

¿Ha trabajado en los últimos 15 años? □ SÍ □ NO

En caso afirmativo, complete las siguientes preguntas **para cada tipo de trabajo** que tuvo en los últimos 15 años. Si necesita más espacio, puede adjuntar páginas adicionales.

*(Ejemplo relativo al TIPO DE TRABAJO: trabajó como mucamo y también como cocinero. Si usted era un mucamo, pero en varias compañías diferentes, esto se considera un TIPO de trabajo).*

# Puesto/Tipo de trabajo:

Tuve este trabajo desde / / hasta / / . Describa lo que hacía en este trabajo:

En este trabajo, ¿cuántas horas totales por día debía (**Marque la respuesta que más se aplique**)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CAMINAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESTAR DE PIE? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESTAR SENTADO? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESCALAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESTAR DE PIE? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| AGACHARSE? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |

¿Qué debía levantar o llevar y hasta dónde lo llevaba?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ESTAR ARRODILLADO? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESTAR EN CUCLILLAS? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| GATEAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| MANIPULAR/AGARRAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESCRIBIR/TIPEAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| LEVANTAR/LLEVAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |

¿Cuál es el peso mayor que levantaba?

* Menos de 10 libras (4,5 kg) □ 10 libras (4,5 kg) □ 20 libras (9 kg) □ 50 libras (23 kg) □ 100 libras (45 kg) o más □ Otro:

¿Cuál es el peso que levantaba con mayor frecuencia?

* Menos de 10 libras (4,5 kg) □ 10 libras (4,5 kg) □ 20 libras (9 kg) □ 50 libras (23 kg) □ 100 libras (45 kg) o más □ Otro:

# Puesto/Tipo de trabajo:

Tuve este trabajo desde / / hasta / / . Describa lo que hacía en este trabajo:

En este trabajo, ¿cuántas horas totales por día debía (**Marque la respuesta que más se aplique**)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CAMINAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESTAR DE PIE? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESTAR SENTADO? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESCALAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESTAR DE PIE? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| AGACHARSE? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |

¿Qué debía levantar o llevar y hasta dónde lo llevaba?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ESTAR ARRODILLADO? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESTAR EN CUCLILLAS? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| GATEAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| MANIPULAR/AGARRAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESCRIBIR/TIPEAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| LEVANTAR/LLEVAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |

¿Cuál es el peso mayor que levantaba?

* Menos de 10 libras (4,5 kg) □ 10 libras (4,5 kg) □ 20 libras (9 kg) □ 50 libras (23 kg) □ 100 libras (45 kg) o más □ Otro:

¿Cuál es el peso que levantaba con mayor frecuencia?

* Menos de 10 libras (4,5 kg) □ 10 libras (4,5 kg) □ 20 libras (9 kg) □ 50 libras (23 kg) □ 100 libras (45 kg) o más □ Otro:

**3.** **Puesto/Tipo de trabajo:**

Tuve este trabajo desde / / hasta / / . Describa lo que hacía en este trabajo:

En este trabajo, ¿cuántas horas totales por día debía (**Marque la respuesta que más se aplique**)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CAMINAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESTAR DE PIE? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESTAR SENTADO? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESCALAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESTAR DE PIE? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| AGACHARSE? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |

¿Qué debía levantar o llevar y hasta dónde lo llevaba?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ESTAR ARRODILLADO? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESTAR EN CUCLILLAS? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| GATEAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| MANIPULAR/AGARRAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESCRIBIR/TIPEAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| LEVANTAR/LLEVAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |

¿Cuál es el peso mayor que levantaba?

* Menos de 10 libras (4,5 kg) □ 10 libras (4,5 kg) □ 20 libras (9 kg) □ 50 libras (23 kg) □ 100 libras (45 kg) o más □ Otro:

¿Cuál es el peso que levantaba con mayor frecuencia?

* Menos de 10 libras (4,5 kg) □ 10 libras (4,5 kg) □ 20 libras (9 kg) □ 50 libras (23 kg) □ 100 libras (45 kg) o más □ Otro:

**4. Puesto/Tipo de trabajo:**

Tuve este trabajo desde / / hasta / / . Describa lo que hacía en este trabajo:

En este trabajo, ¿cuántas horas totales por día debía (**Marque la respuesta que más se aplique**)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CAMINAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESTAR DE PIE? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESTAR SENTADO? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESCALAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESTAR DE PIE? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| AGACHARSE? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |

¿Qué debía levantar o llevar y hasta dónde lo llevaba?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ESTAR ARRODILLADO? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESTAR EN CUCLILLAS? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| GATEAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| MANIPULAR/AGARRAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| ESCRIBIR/TIPEAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |
| LEVANTAR/LLEVAR? | Menos de 2 | 2-6 | 6-8 | Más de 8 |

¿Cuál es el peso mayor que levantaba?

* Menos de 10 libras (4,5 kg) □ 10 libras (4,5 kg) □ 20 libras (9 kg) □ 50 libras (23 kg) □ 100 libras (45 kg) o más □ Otro:

¿Cuál es el peso que levantaba con mayor frecuencia?

* Menos de 10 libras (4,5 kg) □ 10 libras (4,5 kg) □ 20 libras (9 kg) □ 50 libras (23 kg) □ 100 libras (45 kg) o más □ Otro:

# OBSERVACIONES

Utilice este espacio para proporcionar información adicional que pueda ayudar a tomar una decisión sobre su reclamo por incapacidad.

# Recuerde firmar y devolver el Formulario 921 de Autorización para Divulgar Información de Salud.