Disability Report (Informe de Discapacidad)

Medical Disability Decision (Decisión de Discapacidad Médica)
DSHS 14-144A

El formulario de Informe de Discapacidad, DSHS 14-144A, reúne información sobre la discapacidad de un cliente, pruebas médicas e historial laboral para el uso por parte de la Division of Disability Determination Services (División de Servicios de Determinación de Discapacidad, DDDS) al determinar una discapacidad médica.

El Social Service Specialist (Especialista en Servicios Sociales, SSS), el Public Benefits Specialist (Especialista en Beneficios Públicos, PBS), o el Administrador del Caso contratado inicia el DSHS 14-144A. El personal designado debe garantizar que en el formulario se anote la Community Service Office (Oficina de Servicios Comunitarios, CSO) y el número de teléfono. Marque la casilla correspondiente para indicar que la decisión de discapacidad solicitada es para recibir Non-Grant Medical Assistance (Asistencia Médica No Subvencionada, NGMA) o para Healthcare for Workers with Disabilities (Atención Médica para Trabajadores con Discapacidad, HWD). Añada el formulario cumplimentado al paquete de decisión de discapacidad.

1. El personal designado cumplimenta el encabezado para indicar el nombre, el Social Security Number (Número de Seguridad Social, SSN) y el estado de discapacidad del cliente.

2. El personal designado puede ayudar al cliente a cumplimentar la Parte 1 - Información acerca de su condición. No es necesario que las fechas sean exactas, pero deben reflejar el mes y el año.

3. El personal designado puede ayudar al cliente a cumplimentar la Parte 2 - Información acerca de sus registros médicos. Es importante identificar a los médicos y las fuentes de tratamiento de la forma más completa posible.

4. El personal designado puede ayudar al cliente a cumplimentar la Parte 3 - Lista de medicamentos. El SSS o el PBS deben revisar la información para garantizar que la lista de medicamentos del cliente esté lo más completa posible.

5. El personal designado puede ayudar al cliente a cumplimentar la Parte 4 - Información acerca de su educación. Se debe mencionar si las clases escolares fueron clases de Educación Especial.

6. El personal designado puede ayudar al cliente a cumplimentar la Parte 5 - Información acerca del trabajo que realizó. No se debe indicar a los empleadores individuales, únicamente el tipo de negocio.

7. El personal designado puede ayudar al cliente a cumplimentar el Punto 1 en la Parte 6 - Comentarios. Los puntos 2 a 6 deben ser cumplimentados por el personal del SSS o PBS.

DSHS
WASHINGTON STATE
Department of Social and Health Services

Disability Report (Informe de Discapacidad)

Medical Disability Decision
(Decisión de Discapacidad Médica)

Solicitud para:

- ☐ Non-Grant Medical Assistance (Asistencia Médica No Subvencionada, NGMA)
- ☐ Healthcare for Workers with Disabilities (Atención Médica para Trabajadores con Discapacidad, HWD)

Un trabajador de servicios sociales del DSHS, un Public Benefits Specialist (Especialista en Beneficios Públicos), o un administrador del caso contratado cumplimenta 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 responder alguna de las preguntas del formulario, vaya a la parte 6 o adjunte hojas.**

1. Nombre / Alias del Solicitante	2. Número de Seguridad Social	Número de teléfono (y código de área)
4. De un tercero Información de contacto	Nombre	Número de teléfono (y código de área)
	Domicilio	

5. ¿Cuál es su condición de discapacidad? Brevemente explique la lesión o enfermedad que le impide desempeñar su trabajo.

Parte 1. Información acerca de su condición

1. ¿Cuál fue la fecha en que su condición lo molestó por primera vez? _____
   Mes / Día / Año

	Sí	No
2A. ¿Trabajó después de la fecha que se indica en el punto 1 anterior? Si respondió **No**, vaya a 3A y 3B a continuación.	☐	☐
2B. **Si respondió sí a 2A,** su condición hizo que cambie:		
¿Su trabajo o responsabilidades del trabajo?	☐	☐
¿Sus horas de trabajo?	☐	☐
¿Su asistencia?	☐	☐
¿Algo más sobre su trabajo?	☐	☐

2C. **Si respondió sí a cualquier punto en 2B,** explique los cambios presentados 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:	☐ **Marque aquí si nunca ha consultado a un médico en cuanto a su condición de discapacidad.**
Nombre del médico / clínica	Número de teléfono (y código de área)

Domicilio	Fecha en que consultó **por primera vez** a este médico
Enfermedad o lesión por la que se sometió a un examen o tratamiento	Fecha en que consultó **por última vez** a este médico
Tipo de tratamiento o medicamentos recibidos (por ejemplo: cirugía, quimioterapia, radiación y los medicamentos que toma para su enfermedad o lesión, en caso de que los conozca. Si no ha recibido ningún tratamiento o medicamento, escriba **ninguno**.	
2. ¿Ha consultado a algún otro médico desde que su condición de discapacidad empezó? ☐ Sí ☐ No **Si la respuesta es sí, conteste lo siguiente:**	
Nombre del médico / clínica	Número de teléfono (y código de área)
Domicilio	Fecha en que consultó **por primera vez** a este médico
Enfermedad o lesión por la que se sometió a un examen o tratamiento	Fecha en que consultó **por última vez** a este médico
Tipo de tratamiento o medicamentos recibidos (por ejemplo: cirugía, quimioterapia, radiación y los medicamentos que toma para su enfermedad o lesión, en caso de que los conozca. Si no ha recibido ningún tratamiento o medicamento, escriba **ninguno**.	
Si ha consultado a otros médicos debido a esta enfermedad o lesión, adjunte páginas adicionales con la información antes mencionada.	
3. ¿Ha recibido tratamiento en un hospital debido a su condición de discapacidad? ☐ Sí No ☐ **Si la respuesta es sí, conteste lo siguiente:**	
Nombre del hospital	Número de teléfono (y código de área)
Domicilio	
¿Cuáles fueron las fechas de sus consultas?	
Enfermedad o lesión por la que se sometió a un examen o tratamiento	
Tipo de tratamiento o medicamentos recibidos (por ejemplo: cirugía, quimioterapia, radiación y los medicamentos que toma para su enfermedad o lesión, en caso de que los conozca. Si no ha recibido ningún tratamiento o medicamento, escriba **ninguno**.	
4. Si ha estado en otros hospitales debido a su enfermedad o lesión, responda lo siguiente:	
Nombre del hospital	Número de teléfono (y código de área)
Domicilio	

¿Cuáles fueron las fechas de sus consultas?
Enfermedad o lesión por la que se sometió a un examen o tratamiento
Tipo de tratamiento o medicamentos recibidos (por ejemplo: cirugía, quimioterapia, radiación y los medicamentos que toma para su enfermedad o lesión, en caso de que los conozca. Si no ha recibido ningún tratamiento o medicamento, escriba **ninguno**.

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.

5. ¿Se le realizó alguna de las siguientes pruebas el año pasado? Marque la casilla correspondiente a continuación, si su respuesta es "sí", mencione dónde y cuándo se realizó la prueba.

Prueba	Sí	No	Dónde se realizó	Cuándo se realizó
Electrocardiograma	☐	☐		
Radiografía de tórax	☐	☐		
Otra radiografía (especifique el tipo):	☐	☐		
Exámenes respiratorios	☐	☐		
Análisis de sangre	☐	☐		
Otro (especifique):	☐	☐		

Parte 3. Lista de medicamentos

Nombre del medicamento	Recetado por (Nombre del médico)	Motivo de la administración del medicamento

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

Parte 4. Información acerca de su educación

1. **¿Cuál es el grado escolar más alto que completó?** _____¿Qué año? _____
2. ¿Ha asistido a alguna escuela de oficios o vocacional o ha tenido algún tipo de capacitación especial?

   ☐ Sí ☐ No

   Si la respuesta es sí, conteste lo siguiente:

Tipo de escuela de oficios o vocacional o capacitación	Fechas aproximadas en las que asistió

¿Cómo se han utilizado estos estudios o capacitación en algún trabajo que haya desempeñado?

Si el cliente asiste a la escuela, proporcione lo siguiente.

Nombre, domicilio y número de teléfono de la escuela.

Nombre del docente

Parte 5. Información acerca del trabajo que realizó

Mencione todos los trabajos que tuvo en los últimos cinco años antes que dejara de trabajar, empezando con su trabajo habitual. Esto quiere decir el trabajo que realizó durante más tiempo. Si estudió hasta sexto grado o menos **y** solamente realizó trabajo pesado no especializado durante 35 años o más, enumere todos los trabajos que haya tenido desde que empezó a trabajar. Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales o utilice la Parte 6.

Título del puesto de trabajo	Tipo de negocio	Del	Al	Días por semana	Tarifa de pago (por hora, día, semana, mes o año)

2A. En el trabajo habitual que mencionó anteriormente, usted:

	Sí	No
¿Utilizaba máquinas, herramientas o equipo de algún tipo?	☐	☐
¿Utilizaba conocimiento o habilidades técnicas?	☐	☐
¿Redactaba, completaba informes o realizaba tareas similares?	☐	☐
¿Tenía responsabilidades de supervisión?	☐	☐

2B. Explique todas las respuestas afirmativas dando una descripción completa de: los tipos de máquinas, herramientas o equipo que ha utilizado y la operación exacta que ha realizado; los conocimientos o habilidades técnicas implicadas; el tipo de redacción que ha realizado y la naturaleza de los informes; y el número de personas a las que ha supervisado y 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 presentada a continuación.

¿Cuántas horas del día usted:caminaba? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

estaba de pie? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

se encontraba sentado? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8

¿Con qué frecuencia durante el día usted: se agachaba? ☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Frecuentemente ☐ Constantemente

se estiraba para alcanzar algo? ☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Frecuentemente ☐ Constantemente

Cargar y transportar: describa lo que se cargaba y a qué distancia se transportaba:

¿Cuál ha sido el mayor peso que ha cargado?
☐ 10 lbs. ☐ 20 lbs. ☐ 50 lbs. ☐ 100 lbs. ☐ Más de 100 lbs.

¿Cuál fue el peso que cargaba o transportaba frecuentemente?
☐ Hasta 10 lbs. ☐ Hasta 25 lbs. ☐ Hasta 50 lbs. ☐ Hasta 100 lbs.

Parte 6. Comentarios

1. Utilice esta sección como espacio adicional para responder alguna de las preguntas previas. Utilice también 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).

To be Completed by Interviewer (A ser completado por el entrevistador)

2. ¿El solicitante habla inglés? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es no, ¿qué idioma habla?:

3. ¿El solicitante necesita ayuda para procesar su reclamo? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, complete la información de contacto de un tercero en la Página 1.

4. Marque qué dificultades, en caso de haberlas, se observaron mientras se entrevistaba al solicitante.

☐ Lectura ☐ Escritura ☐ Responder preguntas ☐ Audición

☐ Estar sentado ☐ Comprensión ☐ Uso de las manos ☐ Respiración

☐ Visión ☐ Caminar ☐ Otra (especifique):

☐ **No se observó ninguna**

Si se marcó alguno de los puntos anteriores, 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: complexión general, talla, peso, comportamiento, alguna dificultad para añadir o complementar aquellas que se mencionaron anteriormente):

Firma del entrevistador	Fecha	Nombre del entrevistador (a máquina o en letra de imprenta)
Número de teléfono del entrevistador (y código de área)		Community Services Office (Oficina de Servicios Comunitarios)