SOLICITUD DE INCAPACIDAD DE MEDICAID

EL ÁREA GRIS ES SÓLO PARA EL TRABAJADOR			
Nombre del Trabajador	**Dirección del Trabajador**	**Teléfono del Tra.**	**NDI del Cliente** **#de PACMIS**

Las siguentes secciones deben estar completadas por el aplicante o su representante

Devuelva la forma completada al trabajador(a) nombrado(a) arriba.

1. Nombre _____ Número de Seguro Social _____
   Fecha de Nacimiento _____ Número de Teléfono _____
   Dirección _____ Ciudad _____ CP _____

2. ¿Cuál es su condición de incapacidad? (Describa su enfermedad o su herida que lo impide trabajar).
   _____
   _____

Si el solicitante es un niño, destatiende por favor la sección del trabajo. Utilice la sección 12 para la descripción de actividades.

3. ¿Cuándo dejó su trabajo a causa de su condición? Mes _____ Año _____
   _____

4. Historia de Trabajo--Apunte los trabajos que haya tenido en los últimos 15 años. Agregue páginas adicionales, si necesita más espacio.

TÍTULO DEL TRABAJO (Empieze con su trabajo más reciente y contiue)	NOMBRE DE LA COMPANÍA O EL TIPO DEL TRABAJO	TIEMPO TRABAJADO (Mes y Año)		DÍAS POR SEMANA
		DE	A	

5. Educación - ¿Hasta qué año completó y cuándo? _____
   Apunte cualquiera capacitación especial que haya tenido (escuelas de comercio y curso técnicos). _____
   _____

6. Indique el Doctor que tiene los registros médicos más recientes relacionados con su condición.

NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
¿QUÉ TANTO VISITA A ESTE DOCTOR?	FECHA DE SU **PRIMERA VISITA**	FECHA DE SU **ÚLTIMA VISITA**
RAZON POR VISITAS. (Apunte la infermedad o la herida por la cual haya tenido un tratamiento o un examen médico)		

Working copy only. Do NOT submit to MRB!

7. Apunte cualquier otro doctor que haya visitado un los últimos 12 meses.

NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
¿QUÉ TANTO VISITÓ A ESTE DOCTOR?	FECHA DE SU **PRIMERA VISITA**	FECHA DE SU **ÚLTIMA VISITA**
RAZON POR VISITA. (Apunte la infermedad o la herida por la cual haya tenido un tratamiento o un examen médico)		

NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
¿QUÉ TANTO VISITÓ A ESTE DOCTOR?	FECHA DE SU **PRIMERA VISITA**	FECHA DE SU **ÚLTIMA VISITA**
RAZON POR VISITAS. (Apunte la infermedad o la herida por la cual haya tenido un tratamiento o un examen médico.)		

8. Apunte los hospitales donde haya tenido tratamiento en los últimos 12 meses.

NOMBRE DEL HOSPITAL O CLÍNICA		DIRECCIÓN
FECHA DE **ENTRADA**	FECHA DE **SALIDA**	FECHAS DE VISITAS POR **MENOS DE UN DÍA**
RAZONES POR VISITAS AL HOSPITAL O A UNA CLÍINICA. (Apunte la infermedad o la herida por la cual haya tenido un tratamiento)		

NOMBRE DEL HOSPITAL O CLÍNICA		DIRECCIÓN
FECHA DE **ENTRADA**	FECHA DE **SALIDA**	FECHAS DE VISITAS POR **MENOS DE UN DÍA**
RAZONES POR VISITAS AL HOSPITAL O A UNA CLÍNICA. (Apunte la infermedad o la herida por la cual haya tenido un tratamiento.)		

9. **Otras agencias/programas** donde recibe beneficios (Rehabilitación Vocacional, Salud Mental, Administración de Veteranos, Seguro Social, etc.)

NOMBRE DE AGENCIA	**DIRECCIÓN**	**FECHA DE VISITAS**

10. ¿Ha recibido alguno de los siguentes exámenes o análisis en el año pasado?

NOMBRE DE EXAMEN	MARQUE	CUANDO	DONDE
Electrocardiogramo o/y analisis del corazón	☐ Sí ☐ No		
Rayos X (indique las areas - pecho, rodilla, etc.)	☐ Sí ☐ No		
Examen de respiración	☐ Sí ☐ No		
Examen de sangre	☐ Sí ☐ No		
Cirujía/biopsia(Describe)	☐ Sí ☐ No		
Otro (Indentifique)	☐ Sí ☐ No		

Si necesita más espacio para apuntar otros doctores, hospitales, agencias, etc., usa otra hoja.

Working copy only. Do NOT submit to MRB!

INFORMACIÓN DE SUS ACTIVIDADES

11. Describe sus actividades cotidianas de los siguentes secciones. ¿Qué tanto y qué tan a menudo las hace?

Mantenimiento del hogar: (Por ejemplo: cocinar, limpiar, ir de compras, pagar las cuentas, y hacer reparacioines generales en la casa tales como otras actividades parecidas)
Contactos Sociales: (Por ejemplo: visitar amigos, parientes y vecinos; y assistir a la iglesia, fiestas, etc.)
Actividades recreativas y pasatiempos: (Por ejemplo: cazar, pescar, jugar al boliche, tocar insturmentos musicales, salir a comer, jugar a las cartas o juegos de mesa, ir al cine, leer, ver la televisión, etc.)
Otros: (Por ejemplo: manejar carros, subirse a carros de otros, subirse al autobús, etc.)

Working copy only. Do NOT submit to MRB!

12. Compare las actividades y las capacidades de su niño a otros niños la misma edad. _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Completado por: _____ **Fecha:** _____
Firma

Si otra persona haya completado la aplicación, indique su parentezco al cliente: _____

PARESE

ESTA PÁGINA ES SÓLO PARA EL TRABAJADOR

OBSERVCIONES: Marque cualquier área donde se haya observado dificultades

Leer	☐ Sí	☐ No	Ver	☐ Sí	☐ No
Escribir	☐ Sí	☐ No	Usar las manos	☐ Sí	☐ No
Escuchar	☐ Sí	☐ No	Sentarse	☐ Sí	☐ No
Comprender	☐ Sí	☐ No	Caminar	☐ Sí	☐ No
Contestar	☐ Sí	☐ No	Balancearse	☐ Sí	☐ No
Respirar	☐ Sí	☐ No	Otro (indentifique): _____		

Si cualquiera respuesta fue afirmativa, describa el área observado con más detalles.

_____

- ¿Habla inglés su cliente? ☐ Sí ☐ No Si no habla inglés, ¿qué idioma habla? _____
- ¿ Dónde vive su cliente (Por ejemplo: vive independiente en una casa, un apartmento, etc.; o, requiere ayuda y vive con un pariente, un amigo, un grupo, etc.)?
  _____
  _____
- ¿Por favor de describir la habilidad de funcionar de su cliente (Por ejemplo: habilidad de comprender, recordar y seguir instrucciones, etc)? ¿Puede, su cliente, ver por sus nececidades personales, ir de compras, administrar su dinero, pagar sus cuentas? ¿Puede, su cliente, llevarse bien con otros? _____
  _____
- Si el cliente necesita ayuda en completar su aplicación o en obtener información adicional, indique el nombre, la dirección, el número de teléfono y el parentezco del parte interesado. _____
  _____

Completado por _____ **Fecha** _____
Firma

Título: _____ **Código de Oficina** _____

Working copy only. Do NOT submit to MRB!