

AGENCY/ADDRESS: _____

NAME:

First: _____

Middle: _____

Last: _____

Case Number: _____

Client ID Number (CIN): _____

Disability ID Number (DIN): _____

PARTE II – INFORMAZIONI SULLE SUE CARTELLE CLINICHE

Al fine di compiere un accertamento dell'invalidità sono necessari documenti medici in corso di validità per valutare le sue disabilità fisiche e/o mentali. Se non è stato visitato da un medico per le sue disabilità negli ultimi 12 mesi, potrebbe essere fissato un esame consultivo da parte dell'agenzia locale.

B. È stato visitato da altri medici negli ultimi 12 mesi? Sì No
(Se sì, compili la sezione sottostante.)

Per favore, elenchi nomi, indirizzi e numeri di telefono di tutti i medici che ha consultato negli ultimi 12 mesi (ad es., medici di base, infermieri/assistenti, consulenti per la salute mentale, fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti, audiologi, ecc.). (Sono disponibili fogli aggiuntivi.)

| | | |
|----------------------|--------------|------------|
| Nome: | N. telefono: | Indirizzo: |
| Motivo della visita: | | |
| Nome: | N. telefono: | Indirizzo: |
| Motivo della visita: | | |
| Nome: | N. telefono: | Indirizzo: |
| Motivo della visita: | | |

C. Ha ricevuto cure mediche in un ospedale o altre strutture di assistenza sanitaria negli ultimi 12 mesi? Sì No
(Se sì, compili la sezione sottostante.)

Per favore, elenchi nomi e indirizzi degli ospedali o delle altre strutture di assistenza sanitaria in cui ha ricevuto cure negli ultimi 12 mesi. (Sono disponibili fogli aggiuntivi.)

| | |
|---------|------------|
| Nome: | Indirizzo: |
| Motivo: | |
| Nome: | Indirizzo: |
| Motivo: | |
| Nome: | Indirizzo: |
| Motivo: | |