

Hoja para continuar el cuestionario de discapacidad

AGENCY/ADDRESS: _____

NAME:

First: _____

Middle: _____

Last: _____

Case Number: _____

Client ID Number (CIN): _____

Disability ID Number (DIN): _____

PARTE II – INFORMACIÓN ACERCA DE SUS EXPEDIENTES MÉDICOS

Para hacer una determinación de discapacidad se necesita evidencia médica actual para evaluar su discapacidad física o mental. Si en los últimos 12 meses no ha consultado con un proveedor médico por su discapacidad, se harán los arreglos necesarios para que se someta a un examen consultivo en la agencia local.

B. ¿Ha consultado con algún otro proveedor médico en los últimos 12 meses? Sí No
 (Si su respuesta es "Sí", complete la siguiente sección).

Escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono de todos los proveedores médicos que ha consultado en los últimos 12 meses (por ejemplo, médicos, enfermeras profesionales/asistentes médicos, asesores de salud mental, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales o del habla, audiólogos, etc.). (Puede solicitar hojas adicionales para continuar).

Nombre:	Número de teléfono:	Dirección:
Razón de la consulta:		
Nombre:	Número de teléfono:	Dirección:
Razón de la consulta:		
Nombre:	Número de teléfono:	Dirección:
Razón de la consulta:		

C. ¿Ha recibido atención médica en un hospital o en otro centro de atención médica en los últimos 12 meses? Sí No
 (Si su respuesta es "Sí", complete la siguiente sección).

Escriba en nombre y la dirección de todos los hospitales y otros centros médicos en los que ha buscado tratamiento en los últimos 12 meses. (Puede solicitar hojas para continuar).

Nombre:	Dirección:
Razón:	
Nombre:	Dirección:
Razón:	
Nombre:	Dirección:
Razón:	