

CAPACIDADES FISICAS

	NOMBRE DEL CASO	FECHA
NOMBRE DEL PACIENTE:	NUMERO DEL CASO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL:

La intención de este formulario es determinar hasta quel grado, si alguno, la condición física actual de esta persona pudiera interferir con su habilidad para trabajar o participar en una actividad de CalWORKs. Por favor indique los asuntos de funcionamiento específicos que sean pertinentes a la actividad asignada de esta persona, si una asignación es indicada abajo. Adjunte documentación adicional, si es necesario.

La actividad asignada a esta persona es: _____

(Descripción de la naturaleza y horario de la actividad de CalWORKs)

1. En un día de trabajo de 8 horas, el paciente puede estar parado/caminar: (Marque con ✓) No hay restricciones

Horas a la vez:

Total de horas durante el día:

0 - 2 2 - 4 4 - 6 6 - 8

0 - 2 2 - 4 4 - 6 6 - 8

Comentarios:

2. En un día de trabajo de 8 horas, el paciente puede estar sentado: (Marque con ✓) No hay restricciones

Horas a la vez:

Total de horas durante el día:

0 - 2 2 - 4 4 - 6 6 - 8

0 - 2 2 - 4 4 - 6 6 - 8

Comentarios:

3. ¿Tiene el paciente alguna restricción para usar las manos/dedos para movimientos repetitivos?

(Marque con ✓) No hay restricciones

Sí - por favor explique _____

4. ¿Tiene el paciente alguna restricción para usar los pies para movimientos repetitivos, tales como operar controles con los pies?

(Marque con ✓) No hay restricciones

Sí - por favor explique _____

5. ¿Tiene el paciente alguna restricción por factores al medio ambiente, tales como calor/frío, humedad, altura, etc.?

(Marque con ✓) No hay restricciones

Sí - por favor explique _____

CAPACIDADES FISICAS (CONTINUACION)

6. El paciente puede levantar/cargar: (Marque con ✓) No hay restricciones

El peso máximo de: (en libras)	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80+
Nunca:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocasionalmente: (0 - 2.5 hrs por día de 8-hrs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuentemente: (2.5 - 5.5 hrs por día de 8-hrs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constantemente: (5.5+ hrs por día de 8-hrs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios: _____

7. El paciente puede: (Marque con ✓) No hay restricciones

	Nunca	Ocasionalmente (0 - 2.5 hrs. por día de 8-hrs.)	Frecuentemente (2.5 - 5.5 hrs. por día de 8-hrs.)	Constantemente (5.5+ hrs. por día de 8-hrs.)
Escalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantener el equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agacharse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrodillarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar en cuclillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andar a gatas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estirarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abajo de las rodillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la cintura a las rodillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la cintura al pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Del pecho a los hombros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arriba de los hombros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios: _____

8. ¿Está el paciente recibiendo tratamiento y/o medicamentos que pueden afectar su habilidad para trabajar? (Marque con ✓)

SI NO

Si la respuesta es "SI", por favor explique las limitaciones/el efecto: _____

9. Por favor describa cualquier otra limitación en la habilidad del individuo para trabajar y/o para participar en una asignación educacional o de entrenamiento y las adaptaciones necesarias:

FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD (O PERSONA DESIGNADA)

NUMERO DE TELEFONO

FECHA

()

NOMBRE Y DOMICILIO DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD