

**CAPACIDADES MENTALES**

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

Por favor indique hasta que grado, si alguno, la condición mental actual de esta persona pudiera interferir con su habilidad para trabajar o participar en una actividad de CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños). Por favor indique los asuntos específicos que son pertinentes a la actividad asignada a esta persona, si se indica una asignación abajo. Si es necesario, adjunte documentación adicional.

La actividad asignada a esta persona es: \_\_\_\_\_

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

- 1. Actividades diarias actuales:** Describa el grado de asistencia u orientación que esta persona necesita para que llevar a cabo adecuadamente su trabajo, entrenamiento, y/o asuntos educacionales. Describa las formas, si alguna, en que, el trabajo diario, el entrenamiento y/o actividades educacionales son afectadas como resultado de la condición mental del paciente.
  
- 2. Funcionamiento social:** Describa la capacidad del paciente para convivir adecuadamente y comunicarse efectivamente con los compañeros de trabajo, instructores, otros estudiantes y el público, etc. Describa la forma, si alguna, en que esto es afectado como resultado de la condición del paciente.
  
- 3. Cumplimiento de deberes laborales:** Describa la habilidad del paciente para: completar a diario el trabajo, entrenamiento, y/o rutinas educacionales; seguir y entender instrucciones escritas y orales simples, mantener la atención enfocada, etc. Describa la forma, si alguna, que esta habilidad es afectada como resultado de la condición del paciente.
  
- 4. Adaptación al trabajo o situaciones semejantes al trabajo:** Describa la habilidad del paciente para adaptarse a situaciones comunes que son estresantes en el trabajo, entrenamiento, o ambiente educacional, incluyendo el tomar decisiones, la asistencia, horarios, y la interacción con los supervisores o instructores. Describa la forma, si alguna, que esta habilidad es afectada como resultado de la condición del paciente.

FIRMA DEL PROVEEDOR/EVALUADOR (O DE PERSONA APODERADA):	NUMERO DE TELEFONO	FECHA
---	--------------------	-------

NOMBRE Y DOMICILIO DEL PROVEEDOR/EVALUADOR: