

EVALUACION NO-MEDICA DE INCAPACIDAD

Nueva ☐ Revisión ☐

Trabajadora del caso: \_\_\_\_\_

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

Acceso para Sordomudos: NH Relay 1-800-735-2064

Oficina de Distrito: \_\_\_\_\_

INFORMACION PERSONAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Hombre ☐ Mujer ☐ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Haga una lista de todos los nombres que ha usado en su historial médico, como ser nombre de soltera o nombre de un casamiento anterior, etc.

¿Está usted recibiendo Medicaid en este momento? Si ☐ No ☐

Dirección de Residencia

Dirección para Recibir Correos

Calle y Número: \_\_\_\_\_

Dirección o PO Box: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono para llamar durante el Día:

(Si usted no tiene teléfono, denos un teléfono donde le podemos dejar un mensaje).

\_\_\_\_\_ Su teléfono ☐ Teléfono de mensajes ☐ Ninguno ☐  
Código del área    Número de teléfono

¿Puede usted hablar y entender inglés? Si ☐ No ☐

Si la respuesta es "No", ¿cuál es su idioma principal? \_\_\_\_\_

Si usted no puede hablar y entender inglés, ¿hay alguien en su casa que pueda hablar y entender el inglés y que nosotros podamos hablar con esta persona? Si ☐ No ☐ (si la respuesta es "Si" complete la siguiente información):

Nombre \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono de día \_\_\_\_\_

¿Puede usted leer y entender inglés? Si ☐ No ☐

¿Puede usted escribir algo más que su nombre en inglés? Si ☐ No ☐

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ ¿Ha usted aplicado para Beneficios de Incapacidad, en la Oficina del Seguro Social? Si ☐ No ☐

Si la respuesta es "Si", ¿cómo quedó su aplicación? ☐ Pendiente  
☐ Aprobada  
☐ Negada

Si usted está recibiendo beneficios de SSDI/SSI, especifique cuando comenzaron sus beneficios:

Mes \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_

HABILIDAD PARA TRABAJAR

¿Cuál es la enfermedad, heridas o condición que limita su habilidad para trabajar? \_\_\_\_\_

¿Su enfermedad, heridas o condición le causa dolor? Si ☐ No ☐

¿Su enfermedad, heridas o condición le causa a usted que: (marque lo que le aplica a usted y explique abajo)

☐ Trabajar menos horas

☐ Cambiar su trabajo

☐ Hacer cambios en su trabajo, como faltar, conseguir ayuda, cambio de empleo

¿Está trabajando en este momento? Si ☐ No ☐ Si es "No" ¿cuándo paró de trabajar? \_\_\_\_\_

Mes      Día      Año

¿Por qué paró de trabajar? \_\_\_\_\_

REHABILITACION VOCACIONAL

¿Está usted recibiendo servicios de rehabilitación vocacional? Si ☐ No ☐

¿Ha recibido usted estos servicios en el pasado? Si ☐ No ☐

¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

¿Dónde? (nombre de la agencia): \_\_\_\_\_

Ciudad donde recibió los servicios de rehabilitación vocacional: \_\_\_\_\_

Nombre del-la consejero-a: \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina del-la consejero-a: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del -la consejero-a: \_\_\_\_\_

EDUCACION:

Cheque el grado más alto que completó en la escuela:

Escuela primaria

Escuela secundaria

Universidad

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	GED	1	2	3	4		
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o más

¿Usted fue a clases de educación especial? Si ☐ No ☐

¿Ha completado usted algún tipo de entrenamiento especial para un trabajo, negocio o escuela vocacional? Si ☐ No ☐

Si la respuesta es "Si," ¿que clase de escuela? \_\_\_\_\_

Fecha aproximada de terminación \_\_\_\_\_

**EMPLEO:**

Haga una lista de todos los trabajos que ha tenido en los últimos 15 años, antes de aplicar para incapacidad.

Nombre del trabajo (ejemplo: cajero-a)	Tipo de Negocio (ej: tienda de ropa)	Fechas		Horas traba- jadas	# de días trabaj. cada semana	Sueldo
		Desde (mes y año)	Hasta (mes y año)			(por hora)
						\$
						\$
						\$
						\$
						\$
						\$
						\$
						\$
						\$
						\$

¿En cuál trabajo de los de arriba usted duró más tiempo? Título del trabajo: \_\_\_\_\_  
 En este trabajo, usted: ¿Trabajó en máquinas, usó herramientas o equipos? Si (explique abajo) ☐ No ☐  
 ¿Usó su conocimiento técnico o habilidad? Si (explique abajo) ☐ No ☐  
 ¿Escribió reportes o completó formularios? Si (explique abajo) ☐ No ☐

Explique este trabajo. ¿Qué hacía todo el día? (Si necesita más espacio, escriba atrás de la hoja)

En este trabajo, cuántas horas, cada día, usted:

¿Caminaba \_\_\_\_\_ Estaba sentado \_\_\_\_\_ Se inclinaba \_\_\_\_\_ Se agachaba \_\_\_\_\_ Agarraba o alcanzaba \_\_\_\_\_?  
 ¿Estaba parado \_\_\_\_\_ Subía \_\_\_\_\_ Se arrodillaba \_\_\_\_\_ Se arrastraba \_\_\_\_\_ Escribía o escribía a máquina \_\_\_\_\_?

Levantar y Acarrear (Explique lo que levantaba, cuán lejos acarrearaba, y cuán seguido usted hacía esto)

¿Usted supervisaba a otras personas en este trabajo? Si ☐ No ☐  
 ¿Usted recibía una ayuda especial en este trabajo? Si ☐ No ☐  
 Si la respuesta es "Si" (marque todas las cajas de abajo, de verdad)  
☐ Cuando lo necesitó, recibí la ayuda de otros trabajadores.  
☐ Trabajé con un amigo o pariente.  
☐ Trabajé a través de un programa especial como ser.  
 Rehabilitación Vocacional o apoyo de un servicio de empleos.  
☐ Otro: (especificar) \_\_\_\_\_

Si es "Si," díganos en cuál trabajo usted recibió ayuda extra: \_\_\_\_\_

INFORMACION SOBRE SU SALUD MENTAL:

¿Usted cree que tiene un problema de salud mental o emocional? Si ☐ No ☐

Si la respuesta es "Sí", por favor, explique:

---

---

---

¿Está usted recibiendo servicios de una agencia de salud mental o psicológica o un psicólogo? Si ☐ No ☐

¿Tiene usted un encargado de su caso? Si ☐ No ☐

Nombre del encargado de su caso: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Está usted envuelto con la Agencia de la Zona o con una Agencia Privada? Si ☐ No ☐

Nombre de la Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección de la Agencia: \_\_\_\_\_

INFORMACION SOBRE SEGUROS DE SALUD

¿Tiene usted otro seguro médico? Si ☐ No ☐

Nombre de la compañía del Seguro de Salud: \_\_\_\_\_

¿Su incapacidad fue el resultado de un accidente? Si ☐ No ☐

Tipo de accidente - por favor, explique: \_\_\_\_\_

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

¿Fue el accidente relacionado con el empleo? Si ☐ No ☐

Nombre y Dirección de su Patrón en el momento del accidente: \_\_\_\_\_

¿Aplicó usted para beneficios de Compensación de Trabajadores? Si ☐ No ☐

Si la respuesta es "Sí", ¿fue aprobado-a? Si ☐ No ☐

Díganos el historial médico que tiene u otra información sobre su enfermedad, heridas o condición.  
Haga una lista de los DOCTORES, TERAPEUTAS U OTRA PERSONA que tiene información médica de usted.

NO PONGA EN ESTA LISTA HOSPITALES, CLINICAS O CENTROS MEDICOS.

NOMBRE			Fecha de la primera visita
CALLE			
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	Fecha de la última visita
TELEFONO	Código de Area ( )	Número de Teléfono	
Razones para la visita			

NOMBRE			Fecha de la primera visita
CALLE Y NUMERO			
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	Fecha de la última visita
TELEFONO	Código del Area ( )	Número de Teléfono	
Razones para la visita			

NOMBRE			Fecha de la primera visita
CALLE Y NUMERO			
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	Fecha de la última visita
TELEFONO	Código de Area ( )	Número de Teléfono	
Razones para la visita			

NOMBRE			Fecha de la primera visita
CALLE Y NUMERO			
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	Fecha de la última visita
TELEFONO	Código de Area ( )	Número de Teléfono	
Razones para la visita			

NOMBRE			Fecha de la primera visita
CALLE Y NUMERO			
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	Fecha de la última visita
TELEFONO	Código de Area ( )	Número de Teléfono	
Razones para la visita			

Haga una lista de cada HOSPITAL/CLINICA/CENTRO MEDICO que tiene un historial médico sobre su enfermedad, herida o condición.

HOSPITAL/CLINICA/CENTRO MEDICO			<input type="checkbox"/> Internado-a  Fecha:  <input type="checkbox"/> Visitas <input type="checkbox"/> Sala de Emergencia Fechas:
CALLE Y NUMERO			
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
TELEFONO	Area Code ( )	Número Telefónico	
¿Que doctores visitó, regularmente, en este hospital/clínica/centro médico?			
Razones para la visita:			

HOSPITAL/CLINICA/CENTRO MEDICO			<input type="checkbox"/> Internado-a  Fecha:  <input type="checkbox"/> Visitas <input type="checkbox"/> Sala de Emergencia Fechas:
CALLE Y NUMERO			
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
TELEFONO	Area Code ( )	Número Telefónico	
¿Qué doctores visita, regularmente, en este hospital/clínica/centro médico?			
Razones para la visita:			

HOSPITAL/CLINICA/CENTRO MEDICO			<input type="checkbox"/> Internado-a  Fecha:  <input type="checkbox"/> Visitas <input type="checkbox"/> Sala de emergencia Fechas:
CALLE Y NUMERO			
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
TELEFONO	Area Code ( )	Número Telefónico	
¿Qué doctores visita, regularmente, en este hospital/clínica/centro médico?			
Razones para la visita:			

HOSPITAL/CLINICA/CENTRO MEDICO			<input type="checkbox"/> Internado-a  Fecha:  <input type="checkbox"/> Visitas <input type="checkbox"/> Sala de Emergencia Fechas:
CALLE Y NUMERO			
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
TELEFONO	Area Code ( )	Número Telefónico	
¿Qué doctores visita, regularmente, en este hospital/clínica/centro médico?			
Razones para la visita:			

¿Está usted tomando alguna medicina para su enfermedad, heridas o condiciones? Si ☐ No ☐

¿Ha usted buscado ayuda financiera para pagar por estas medicinas? Si ☐ No ☐

Haga una lista aquí de las medicinas que está tomando: (Si necesita, mire el frasco)

Nombre de la Medicina	Doctor que ordenó la medicina	Razón para tomar la medicina

Llene la información, abajo, si usted ha tenido o va a tener cualquiera de los siguientes exámenes médicos.

Tipo de Examen	Fecha en que se hizo el examen o se va a hacer el examen	Nombre del lugar donde se hizo el examen o se va hacer.
EKG (Examen del Corazón)		
Biopsia-Nombre la parte del cuerpo.		
Examen de los Oídos		
Examen de la Vista		
Evaluación Psiquiátrica		
Examen de inteligencia (IQ)		
Examen de Respiración		
Rayos-X - Nombrar la parte del cuerpo.		
MRI-Nombrar la parte del cuerpo		
CT Scan-Nombrar la parte del cuerpo		

La información en este formulario será usada para determinar si su condición médica le impide trabajar o prestar servicios y también establecer la duración de su incapacidad. Es importante que usted haya contestado a todas las preguntas. La información que usted nos da en este formulario, en combinación con la información médica que obtenemos de sus doctores y terapeutas, determinará si usted reúne las condiciones requeridas por el programa de Medicaid de NH que usted solicitó. Por favor, entregue todo el historial médico que usted tiene con esta aplicación.

Por favor, agregue cualquier comentario adicional que usted piense que nos pueda ayudar a tomar una decisión con relación a su incapacidad.

---

---

---

---

---

---

(USE PAPEL ADICIONAL SI NECESITA)

Por la presente, certifico que entiendo todas las declaraciones en este formulario y que toda la información dada está completa y es verdadera de acuerdo con mi conocimiento. También entiendo que si deliberadamente doy una información falsa u oculto información relacionada con mi situación, ahora o en el futuro, puedo ser acusado de fraude.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

☐ Completé este formulario yo solo-a

☐ Me ayudaron a completar este formulario

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que ayudó a llenar este formulario

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación o parentesco con el solicitante