

INFORME DE FUNCIÓN - ADULTO

Cómo sus enfermedades, lesiones o padecimientos limitan sus actividades

Solo para el uso de SSA
No escriba en este encasillado

Cualquier persona que haga o cause que se haga una declaración falsa o engañosa sobre hechos materiales en una solicitud o para uso al determinar un derecho a un pago bajo la Ley de Seguro Social, o a sabiendas oculta o no da a conocer un dato con la intención de afectar a una inicial o continua derecho a pago, comete un crimen castigable bajo la ley federal y puede ser encarcelado o recibir otras multas o ambos.

SECCIÓN A - INFORMACIÓN GENERAL

1. NOMBRE DE LA PERSONA INCAPACITADA (Nombre, inicial, apellido)

2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

3. SU NÚMERO DE TELÉFONO DIURNO (Si no tiene un número de teléfono donde podamos comunicarnos con usted, por favor provea un número de teléfono diurno donde podamos dejarle un mensaje).

Código de área Número de teléfono

Su número

Número para
mensaje

No tiene
número
disponible

4. a. ¿Dónde vive? (Marque solo uno)

Casa

Apartamento

Casa de huéspedes

Asilo para ancianos

Refugio

Casa hogar

Otra
residencia

(¿Qué tipo?) _____

b. ¿Con quién vive? (Marque solo uno)

Solo

Con familiares

Con amigos

Otros (Describa el parentesco o relación) _____

SECCIÓN B - INFORMACIÓN SOBRE SUS PADECIMIENTOS, LESIONES O ENFERMEDADES

5. ¿Cómo sus enfermedades, lesiones y padecimientos limitan su habilidad para desempeñar un trabajo?

SECCIÓN C - INFORMACIÓN SOBRE SUS ACTIVIDADES DIARIAS

6. Describa lo que hace desde que se levanta hasta que se acuesta.

7. ¿Tiene bajo su cuidado a alguna otra persona como por ejemplo su cónyuge, hijos, nietos, algún pariente, amigo o alguna otra persona? Sí No

Si la respuesta es «Sí», ¿cuál es su parentesco con esa persona y qué tareas hace por la persona?

8. ¿Cuida de una mascota u otros animales? Sí No

Si la respuesta es «Sí», ¿qué hace por la mascota o los animales?

9. ¿Alguien le ayuda a cuidar a las otras personas o a los animales? Sí No

Si la respuesta es «Sí», ¿quién le ayuda y qué hace para ayudarlo?

10. ¿Qué cosas podía hacer antes que comenzaran sus enfermedades, lesiones o padecimientos que ya no puede hacer hoy?

11. Sus enfermedades, lesiones o padecimientos, ¿afectan su sueño? Sí No

Si la respuesta es «Sí», ¿cómo le afectan?

12. **Cuidado personal** (Marque aquí si **No tiene problemas** con su cuidado personal.)

a. Explique cómo sus enfermedades, lesiones o padecimientos afectan su habilidad para:

Vestirse _____

Bañarse _____

Cuidar de su cabello _____

Afeitarse _____

Comer _____

Hacer sus necesidades _____

Otras cosas _____

- b. ¿Necesita recordatorios para acordarle de su higiene y acicalamiento? Sí No

Si la respuesta es «Sí», ¿qué clase de ayuda necesita?

- c. ¿Necesita ayuda o recordatorios para tomar sus medicamentos? Sí No

Si la respuesta es «Sí», ¿qué clase de ayuda necesita?

13. COMIDAS

- a. ¿Prepara sus propias comidas? Sí No

Si la respuesta es «Sí», ¿qué clase de comidas prepara? (Por ejemplo, emparedados, comidas congeladas o comidas completas que incluye varios platos.)

¿Con qué frecuencia prepara las comidas o los alimentos? (Por ejemplo, diaria, semanal o mensualmente.)

¿Cuánto tiempo le toma? _____

¿Hubo algún cambio en sus hábitos de cocinar desde que comenzaron sus enfermedades, lesiones o padecimientos?

- b. Si la respuesta es «No», explique por qué no prepara o no puede preparar sus propias comidas.
-

14. QUEHACERES DENTRO Y FUER DEL HOGAR

- a. Enumere los quehaceres del hogar que puede hacer, tanto los del interior como los del exterior. (Por ejemplo, limpiar, lavar ropa, reparaciones del hogar, planchar, cortar el césped, etc.)

- b. ¿Cuánto tiempo le toma y con qué frecuencia usted hace cada uno de estos quehaceres?

- c. ¿Necesita que alguien le ayude o anime a hacer estas tareas? Sí No

Si la respuesta es «Sí», ¿qué tipo de ayuda necesita?

- d. Si no hace los quehaceres del hogar o del patio, explique por qué no.
-

15. MOVILIDAD

a. ¿Con cuánta frecuencia sale del hogar? _____

Si nunca sale fuera de su hogar, explique por qué no.

b. Cuando sale, ¿cómo viaja? (Marque todos los encasillados que apliquen.)

Caminando Manejando un auto Viaja como pasajero Corre en bicicleta

Usando transportación pública Otro modo de transportación (Explique) _____

c. Cuando sale, ¿puede salir solo?

Sí No

Si la respuesta es «NO», explique por qué no puede salir solo.

d. ¿Puede manejar un automóvil?

Sí No

Si no puede manejar, explique qué le impide hacerlo.

16. COMPRAS

a. Si sale de compras, ¿cómo lo hace? (Marque todos los encasillados que apliquen.)

Personalmente en la tienda Por teléfono Por correo general Por Internet

b. Describa qué cosas compra.

c. ¿Con cuánta frecuencia hace compras y cuánto tiempo le toma?

17. FINANZAS

a. Indique si usted es capaz de:

Pagar sus cuentas Sí No Administrar una cuenta de ahorros Sí No

Contar monedas Sí No Escribir cheques o giros Sí No

Provea una explicación para aquellas respuestas donde marcó «No».

b. ¿Hubo cambios en su habilidad para administrar su dinero desde que comenzaron sus lesiones, enfermedades o padecimientos?

Sí No

Si la respuesta es «SÍ», explique cómo cambió su habilidad para administrar el dinero.

18. PASATIEMPOS E INTERESES PERSONALES

a. ¿Cuáles son sus pasatiempos e intereses? (Por ejemplo, leer, mirar televisión, coser, practicar deportes, etc.)

b. ¿Con qué frecuencia y con cuánta destreza hace estas cosas?

c. Describa cualquier cambio en estas actividades desde que comenzaron sus enfermedades, lesiones o padecimientos.

19. ACTIVIDADES SOCIALES

a. ¿Cómo socializa con otras personas?

en persona por telefono por correo teléfono por texto carta
 por videoconferencia (*por ejemplo: Skype o Facetime*) Otro (*explique*) _____

b. Describa lo que hace con otras personas.

¿Con cuánta frecuencia hace estas cosas?

c. Enumere los sitios que visita regularmente. (Por ejemplo, la iglesia, el centro comunitario, los eventos deportivos, los grupos sociales, etc.)

¿Necesita que se le recuerde que tiene que asistir a estos sitios? Sí No

¿Con cuánta frecuencia asiste a estos sitios? y ¿Tiene alguna participación?

¿Necesita que alguien le acompañe? Sí No

Si la respuesta es «Sí», explique

d. ¿Tiene problemas llevándose bien con su familia, amigos, vecinos, u otras personas? Sí No

Si la respuesta es «Sí», explique

e. ¿Tiene problemas llevándose bien con su familia, amigos, vecinos, u otras personas?

SECCIÓN D - INFORMACIÓN SOBRE SUS HABILIDADES

20. a. A continuación marque los encasillados que apliquen todas las facultades que han sido afectadas por sus enfermedades, lesiones o padecimientos:

- | | | | |
|---|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Levantar cosas | <input type="checkbox"/> Caminar | <input type="checkbox"/> Subir/bajar escaleras | <input type="checkbox"/> Intelecto |
| <input type="checkbox"/> Agacharse | <input type="checkbox"/> Sentarse | <input type="checkbox"/> La visión | <input type="checkbox"/> El poder seguir instrucciones |
| <input type="checkbox"/> Doblarse | <input type="checkbox"/> Arrodillarse | <input type="checkbox"/> La memoria | <input type="checkbox"/> El uso de las manos |
| <input type="checkbox"/> Estar de pie | <input type="checkbox"/> Hablar | <input type="checkbox"/> Completar las tareas | <input type="checkbox"/> Llevarse bien con otras personas |
| <input type="checkbox"/> Alcanzar cosas con la mano | <input type="checkbox"/> Escuchar | <input type="checkbox"/> Concentrarse | |

Por favor explique cómo sus enfermedades, lesiones o padecimientos afectan cada una de las facultades que marcó. (Por ejemplo, sólo puede levantar [cantidad de peso que puede levantar] o sólo puede caminar [qué distancia]).

b. Favorece usted: ¿Su mano derecha? ¿Su mano izquierda?

c. ¿Qué distancia puede caminar antes de detenerse y descansar? _____

Si tiene que descansar, ¿cuánto tiempo pasa antes de que pueda comenzar a caminar de nuevo?

d. ¿Por cuánto tiempo puede prestar atención? _____

e. ¿Puede terminar lo que comienza? Sí No
(Ejemplos: una conversación, los quehaceres, mirar una película.)

f. ¿Puede seguir instrucciones escritas? (Por ejemplo, una receta.)

g. ¿Puede seguir instrucciones orales?

h. ¿Cómo se lleva con personas en autoridad? (Por ejemplo, la policía, sus empleadores, arrendadores o maestros.)

i. ¿Alguna vez lo han despedido o suspendido de un trabajo porque tuvo problemas relacionándose con otras personas? Sí No

Si la respuesta es «Sí», por favor explique.

Si la respuesta es «Sí», provea el nombre del empleador. _____

j. ¿Cómo usted maneja el estrés?

k. ¿Cómo maneja los cambios en su rutina?

l. ¿Se ha notado algún comportamiento o temor fuera de lo normal?

 Sí No

Si la respuesta es «Sí», por favor explique.

21. ¿Necesita usar algunos de los siguientes aparatos para asistirse a sí mismo? (*Marque todos los que corresponden.*)

 Muletas Bastón Audífono Caminador Collarín o faja ortopédica/férula Lentes/Lentes de contacto Silla de ruedas Extremidad artificial ortopédica Dispositivo que emite una voz artificial Otro (*explique*)

¿Cuáles de estos aparatos fueron recetados por un médico?

¿Cuándo fue recetado?

¿Cuándo necesita usar estos aparatos?

22. ¿Toma algún medicamento por causa de sus enfermedades, lesiones o padecimientos? Sí No

Si la respuesta es «Sí», ¿tiene el medicamento algún efecto secundario? Sí No

Si la respuesta es «Sí», por favor explique. (No necesitamos el nombre de todos sus medicamentos. Solo escriba el nombre de los medicamentos que le causan algún efecto secundario.)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DESCRIPCIÓN DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS

SECCIÓN E - COMENTARIOS

Use esta sección para agregar alguna información que no incluyó en las secciones anteriores de este formulario. Cuando termine con esta sección (o si no tiene nada que agregar) asegúrese de llenar los encasillados al final de ésta página.

Nombre de la persona que llenó este formulario (por favor escriba usando letra de molde)	Fecha (<i>mes, día, año</i>)	
Dirección (número de casa y nombre de la calle)	Email (opcional)	
Ciudad	Estado	Código postal