

CUESTIONARIO DE RECURSO

Para ayudarnos con el proceso de su reclamación por Incapacidad, y/o para ayudarle en su potencial de rehabilitación Favor de completar este cuestionario y devuélvalo lo antes posible. Si es necesario, favor de usar una hoja de papel adicional a este formulario.

NOMBRE: _____ DIRECCIÓN: _____

SEGURO SOCIAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NÚMERO TELEFÓNICO: _____ FECHA DE NACIMIENTO DE ESPOSO(A): _____

FECHA DE NACIMIENTO DE NIÑOS DEPENDIENTES: _____

1.) Describa en sus propias palabras que le impide realizar **SU** ocupación. _____

2.) Describa en sus propias palabras que le impide comenzar en **CUALQUIER** trabajo. _____

3.) Indique el nombre y dirección de el/los doctores que usted ve regularmente (incluya con cuanta frecuencia). Favor de utilizar papel adicional, si es necesario.

Nombre del Doctor: _____	Nombre del Doctor: _____
Dirección Postal: _____ _____	Dirección Postal: _____ _____
Número Telefónico _____	Número Telefónico _____
Frecuencia de Visitas: _____	Frecuencia de Visitas: _____
Fecha de la Última Visita: _____ Fecha de la Próxima Visita: _____	Fecha de la Última Visita: _____ Fecha de la Próxima Visita: _____

4.) Favor de indicar, todos los medicamentos recetados que usted toma. Favor Utilizar papel adicional, si es necesario.

<u>Medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>

5.) Favor de identificar los nombres y direcciones de la(s) facilidad(es), (centro(s) de salud), donde usted ha sido atendido(a) durante los últimos 12 meses. Utilice papel adicional, si es necesario.

Nombre de la Facilidad: _____ _____	Nombre de la Facilidad: _____ _____
Dirección Postal: _____ _____	Dirección Postal: _____ _____
Número Telefónico _____ _____	Número Telefónico _____ _____
Fechas de Tratamiento: _____ _____	Fechas de Tratamiento: _____ _____

6.) Estatura: _____ Peso: _____ Mano diestra Derecha Izquierda:

7.) Si está recibiendo beneficios del Seguro Social, favor de enviarnos una copia de su carta de aprobación.

Aprobado (fecha): _____
Denegado/Ninguna apelación (fecha) _____
Denegado/Archivado para reconsideración (fecha) _____
Denegado/A Nivel de Juez Administrativo (fecha) _____

8.) ¿Está usted en condición para atender todas sus necesidades personales como, bañarse, vestirse, etc.? Si no, en cuales áreas requiere ayuda?

9.) Favor de indicar los quehaceres que usted hace regularmente.

Cocinar Ir de Compras Lavar Ropa
 Limpiar Cuidar Niños Jardinería
 Otros (Por favor, describa)

10.) ¿Sale usted a caminar? Sí No
Si su respuesta es sí, ¿con cuanta frecuencia y cuan lejos va usted?

10a.) ¿Qué dificultades, si alguna, tiene usted para dormir?

11.) ¿Tiene usted alguna licencia válida de conducir? Sí No

¿Todavía maneja usted? Sí No

Si maneja, ¿cuál es la distancia determinada que maneja diariamente? _____

Si no maneja, ¿cómo llega a los sitios donde necesita ir? _____

12.) Favor de indicar las actividades a las que usted asiste. (Por ejemplo, escuela, terapia, Rehabilitación Vocacional, etc.). _____

13.) ¿Que hace para divertirse? (Por ejemplo, tejer, bingo, jugar barajas, trabajos en madera, mecánica, computadoras, pescar, etc.)

14.) ¿Le interesaría buscar adiestramiento en otra línea de trabajo?
 Sí No
 Si su respuesta es sí, ¿qué clase de adiestramiento?

15.) ¿Anticipa volver a su ocupación anterior o a cualquier otra ocupación en un futuro cercano?
 Sí No
 Si su respuesta es sí, ¿cuándo? _____
 Si su respuesta es no, ¿por qué no? _____
 ¿Ha considerado alguna vez negocio propio? Si su respuesta es sí, por favor explique que tipo de negocio:

16.) Favor de indicar el nivel de educación formal circulando el año aprobado.

Escuela Primaria:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	GED	Se graduó usted?	_____		
Escuela Vocacional:	_____												Destreza/Oficio:	_____	Años	_____	
Colegio y/o Universidad:	1	2	3	4	Se graduó usted?								_____	Concentración:	_____	Nivel:	_____
Trabajo Graduado:	1	2	3	4	Area de Estudio:								_____	Nivel:	_____		

17.) Licencias y Certificaciones _____

18.) ¿Estuvo usted en el servicio Militar? Sí No

Años de Servicio	Unidad	Adiestramiento Recibido

19.) Brevemente describa sus pasadas experiencias de trabajo por los últimos quince (15) años. Favor de utilizar papel adicional, de ser necesario.

1. Título del Trabajo:	Empleado Desde:	Hasta:
Responsabilidades Mayores:		
Responsabilidades Menores:		
Herramientas/Equipo Utilizado:		
Maquinaria/Computadoras Utilizadas:		

2. Título del Trabajo:	Empleado Desde:	Hasta:
Responsabilidades Mayores:		
Responsabilidades Menores:		
Herramientas/Equipo Utilizado:		
Maquinaria/Computadoras Utilizadas:		

3. Título del Trabajo:	Empleado Desde:	Hasta:
Responsabilidades Mayores:		
Responsabilidades Menores:		
Herramientas/Equipo Utilizado:		
Maquinaria/Computadoras Utilizadas:		

20.) Número(s) telefónico(s) donde usualmente puede ser localizado(a) durante el día.
