

Recomendación y Solicitud de Servicios



The Florida Association of Workers for the Blind, Inc

Apellido		Nombre	Segundo Nombre
No. Seguro Social		Fecha de Nac.	Edad
Teléfono	Dirección		
Ciudad	Código Postal	Condado Miami-Dade	
Contacto en Caso de Emergencia			
Dirección	Teléfono		
Relación con el Aplicante			

Oculista	Teléfono
Fecha Ultima Visita	
En alguna ocasión ha recibido servicios de esta Agencia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso positivo, cuándo?	

Comprendo que estoy solicitando servicios de “The Florida Association of Workers for the Blind, Inc” (conocida como “The Miami Lighthouse for the Blind”) y que la elegibilidad está determinada sin tener en consideración discriminación de raza, color, creencia, sexo, origen, edad, estado civil, o discapacidad.

Firma	Fecha
Firma del Padre/Tutor	Fecha
Me gustaría recibir la información en:	
<input type="checkbox"/> Impresión Normal <input type="checkbox"/> Impresión Amplianda <input type="checkbox"/> Cassette <input type="checkbox"/> Braille	

RSA 7-OB
Creada por: Alba, Myriam
Revisada Por: Myriam Aybar 5 de Feb. de 2004

Recomendación y Solicitud de Servicios

Estoy interesado(a) en los siguientes servicios:

<input type="checkbox"/> Estilo de Vida Independente	<input type="checkbox"/> Consejería
<input type="checkbox"/> Entrenamiento Laboral	<input type="checkbox"/> Servicios Médicos para la Vista
<input type="checkbox"/> Colocación Laboral	<input type="checkbox"/> Libros Parlantes
<input type="checkbox"/> Ayuda para Mantener el Empleo	<input type="checkbox"/> Educación para Diabéticos
<input type="checkbox"/> Otros	

Solicitud

Entrevistador :		Fecha de la Entrevista:	
Nombre del Cliente:		No. de Seguro Social:	
Sexo:	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	
Ciudadano/Autorizado a Trabajar:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tipo de Visa:
Estado Civil:	Casado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>
	Separado <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/>	
Doctor Primario:	Teléfono		Fecha de la Ultima
No. Identificación:	Fax		Visita
Dirección:			
Beneficios Médicos:	Medicare <input type="checkbox"/>	Medicaid <input type="checkbox"/>	HMO <input type="checkbox"/>
	Veteranos <input type="checkbox"/>		
CMS <input type="checkbox"/>	Seguro <input type="checkbox"/>	Ninguno <input type="checkbox"/>	Otro
No. Beneficio del Asegurado			
Dirección del Seguro Médico		Teléfono:	
Empleo:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ocupación
Lugar de Trabajo			
Raza/Etnia:	Blanca <input type="checkbox"/>	Negra <input type="checkbox"/>	Hispano <input type="checkbox"/>
	Haitiano <input type="checkbox"/>		
Indio Americano <input type="checkbox"/>	Asiático <input type="checkbox"/>	Hawaino o Islas del Pacífico <input type="checkbox"/>	
Impedimento Visual en el Momento de la Admisión:			
Totalmente Ciego: <input type="checkbox"/> LP <input type="checkbox"/> NLP			
Legalmente Ciego <input type="checkbox"/> Severamente Impedido Visual <input type="checkbox"/>			
Causa Principal del Impedimento Visual: Degeneración Macular <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/>			
Retinopatía Diabética <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>			

Recomendación y Solicitud de Servicios

Impedimentos No Visuales / Padecimientos al Momento de la Admisión

- Impedimentos Auditivos
- Impedimentos Mentales impedimentos cognitivos
 - aprendizaje, comprensión, procesamiento de información y concentración
 - Impedimentos psicosociales
- Impedimentos interpersonales y de comportamiento dificultad para copiar
- Alzheimer Otros impedimentos mentales
- Cáncer
- Cardíaco y otras enfermedades del sistema circulatorio
- Diabetes Mellitus
- Fase final de enfermedades renales y desórdenes del sistema urogenital
- Musculo-esquelético Artritis Reuma Amputaciones
- Fracturas/lesiones que provocaron la pérdida permanente de las funciones de los miembros
- Otros
- Impedimentos Neurológicos / desórdenes debido a : Apoplejía que resultó en parálisis o afecciones Periférica Neuropatía Diabética Parkinson
- Convulsiones Parálisis Cerebrales Esclerosis Múltiple Otros
- Enfermedades Respiratorias o Pulmonares
- Otras

Comienzo de la Pérdida Significativa de la Visión:

Menor de 1 año 1-3 años 4-6 años 7-9 años Mayor de 10 años

Nivel Académico:

- No educación escolar
- Primario
- Secundario
- Pre-Universitario
- Técnico Medio/Asociado
- Universitario
- Maestría

Condiciones de Vida: Vive Sólo

Vive con Esposo(a)

Vive con asistente de ciudadanos personales

Vive con otros

Recomendación y Solicitud de Servicios

Tipo de Residencia:

- Residence Privada
- Apartamento o Casa
- Comunidad residencial
- Centro Asistencial
- Asilo Centro Asistencial para Cuidados Prolongados
- Otro

Fuente de Referencia:

- Oculista (oftalmólogo, optometrista)
- Médico General Médico Primario
- Otro Personal Médico Institución Médica
- Agencia Estatal de Consejería u otra agencia
- Agencia de Servicios Sociales
- Auto-referido
- Miembro de la Familia o Amistad
- Administración de Veteranos
- Programas para Personas de la Tercera Edad
- Organización Religiosa
- Programa de Rehabilitation Communitaria
- Otras fuentes

Petición del Solicitante:

- Referir a STS
- Referir a Bell South para excepción de ayuda del directorio telefónico
- Solicitud de Libros Parlantes
- WLRN Permiso de Estacionamiento para Discapacitados
- Ministerios Aurora Otros

Medicinas que esta tomando actualmente:

Hospital de Emergencia preferido: