

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Gobierno Municipal de Jayuya
Departamento de Programas Federales
Apartado 488
Jayuya, Puerto Rico 0064

VERIFICACIÓN MÉDICA
Instrucciones para el médico
FAVOR DE LLENAR EN LETRA DE MOLDE

Deberá evaluar la capacidad funcional y proveer información necesaria para verificar si cualifica pa nuestro servicio complementario. La Ley Federal requiere que el Municipio de Jayuya provea servicios a las personas que no pueden usar el servicio de ruta fija aún cuando los mismos tengan rampa. La información que requerimos nos ayudará a evaluar las necesidades específicas del solicitante.

Es necesario que describa todas las condiciones que tiene el solicitante y como estas limitan su movilidad, si puede determinar donde puede abordar y bajar del autobús.

Los recursos de este Programa son limitados y su evaluación debe estar basada en las habilidades que tenga el solicitante para sistema de ruta fija. Su información económica del solicitante. **Sea preciso en su evaluación.** Información falsa podrá resultar en limitaciones de servicio para aquellas personas legítimamente calificadas y podría ser sancionado bajo las leyes estatales y federales.

Cordialmente,

Programa "Trolley Bus"

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Gobierno Municipal de Jayuya
Departamento de Programas Federales
Apartado 488
Jayuya, Puerto Rico 0064

*Solicitud para Certificación de Elegibilidad
(Sección II)*

Atención: Esta sección debe ser llenada por el médico que trata su impedimento. Por ejemplo: Ciego – Oftalmólogo, Paraplejía – Neurólogo, Diabetes Crónica – Endocrinólogo o de Medicina Interna, Fracturas – Ortopeda.

MOVILIDAD FUNCIONAL

1. El solicitante puede caminar a una parada sin ayuda:

¼ milla	_____ Sí	_____ No	_____ A veces
½ milla	_____ Sí	_____ No	_____ A veces
¾ milla	_____ Sí	_____ No	_____ A veces

2. Puede subir escalera usando pasamanos si estos son:

_____ 13 escalones _____ 9 escalones _____ no aplica

3. Puede esperar afuera en una parada o estación de Trolley:

_____ Sí _____ No _____ A veces ¿Cuánto tiempo? _____

4. Equipo que debe usar esta persona para cambiar o trasladarse de un lugar a otro:

_____ Silla de ruedas manual	_____ Bastón para personas ciegas
_____ Silla de ruedas eléctrica	_____ Perro Guía
_____ Motora de 3 ruedas (Scooter)	_____ Prótesis
_____ Muletas	_____ Abrazadera
_____ Andador	_____ Audífono
_____ Bastón	_____ Oxígeno/ Ventilador o Respirador

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Gobierno Municipal de Jayuya
Departamento de Programas Federales
Apartado 488
Jayuya, Puerto Rico 0064

_____ Otro (Explique)

Iniciales del Médico _____

5. Las condiciones del tiempo ¿afecta de alguna manera la incapacidad del solicitante? Si es afirmativo por favor explique

_____ Sí

_____ No

6. El solicitante:

a. ¿Puede dar su dirección y número de teléfono cuando se requiere? _____ Sí _____ No

b. ¿Reconoce calles y números? _____ Sí _____ No

c. ¿Puede firmar? _____ Sí _____ No

d. ¿Puede manejar situaciones inesperadas _____ Sí _____ No

e. ¿Preguntar y entender direcciones? _____ Sí _____ No

f. ¿Ser adiestrado para utilizar la ruta fija? _____ Sí _____ No

g. ¿Caminar a través de un grupo de personas áreas complejas? _____ Sí _____ No

7. ¿Debe ir acompañado el solicitante por otra persona cuando utilice el servicio?

_____ Sí

_____ No

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Gobierno Municipal de Jayuya
Departamento de Programas Federales
Apartado 488
Jayuya, Puerto Rico 0064

8. Por favor provea su diagnóstico de la condición del solicitante: **FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE.**

9. ¿Tiene la persona un impedimento o incapacidad temporera?

___ Sí ___ No

Si es afirmativo, por cuánto tiempo.

Iniciales del médico _____

10. ¿Tiene el solicitante un impedimento permanente? (No se espera mejoría)

___ Sí ___ No

11. Menciones cualquier barrera física o ambiental que ha cambiado el impedimento primario de la persona, y evite que utilice el sistema de ruta fija.

Atención: Las barreras físicas o ambientales pueden incluir ruido excesivo, terreno desconocido, rótulos de las paradas, condiciones del tiempo, etc...

12. ¿El impedimento primario que tiene el solicitante le evita utilizar el sistema de ruta fija del Trolley?

___ Sí ___ No

Si la pregunta Núm. **12** es afirmativa, por favor marque en la Núm. **13** con una **X** todas las condiciones que tiene la persona.

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Gobierno Municipal de Jayuya
Departamento de Programas Federales
Apartado 488
Jayuya, Puerto Rico 0064

13. La columna (1) representa lo relacionado al deterioro fisiológico, la columna (2) indica cuando ha sido afectado algún sistema del cuerpo.

COLUMNA 1

_____ Musculoesqueletal

_____ Neuromuscular

_____ Distrofia Muscular

_____ Epilepsia

_____ Esclerosis Múltiple

_____ Neurosensorial

COLUMNA 2

_____ Cardiovascular

_____ Sistema Linfático

_____ Sistema Endocrino

_____ Tratamiento Inducido

_____ Terapia Radiación

_____ Quimioterapia

Iniciales del médico _____

COLUMNA 1

_____ Órganos sensitivos

_____ Visual

_____ Habla (Atosia)

_____ Audición

_____ Pulmonar o respiratorio

_____ Bronquitis

_____ Asma

COLUMNA 2

_____ Diálisis Renal

_____ Diabetes

_____ Otros (Explique)

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Gobierno Municipal de Jayuya
Departamento de Programas Federales
Apartado 488
Jayuya, Puerto Rico 0064

14. Deterioro cognoscitivo o fisiológico (marque todos los que apliquen)

- Retardación Mental
- Síndrome orgánico cerebral
- Enfermedad mental o emocional
- Problemas de aprendizaje
- Otros (explique)

Nombre en letra de molde
(Médico)

Firma

Núm. Licencia

Dirección y Teléfono