



555 Court St NE, Suite 5230
 Salem, Oregon 97301-3980
 Teléfono: 503-361-7554
 Fax: 503-361-7560

Office Use Only - Date Stamp

Cuestionario para profesionales médicos sobre elegibilidad para Cherriots LIFT/Paratransito

Parte 2: para ser completada por su profesional médico

Estimado _____, Fecha: _____
 (profesional médico)

Yo, _____, le he pedido a Cherriots LIFT que determine mi
 (el nombre del solicitante)
 elegibilidad para usar su servicio de autobús Cherriots Local o su servicio de paratransito.

Responda al siguiente cuestionario y envíe por correo o por fax el formulario completo. Parte 1 y 2 deben recibirse para su evaluación.

Declaración de HIPAA: Entiendo que puedo negar a firmar esta autorización y que mi rechazo a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento médico de usted. Sin embargo, puede afectar la capacidad de Cherriots para determinar mi elegibilidad para los servicios de paratransito. Entiendo que puedo cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento. La cancelación no afectará ninguna información que haya revelado antes de la cancelación. Esta autorización expirará un año después de la fecha de esta carta. Entiendo que la información revelada puede estar sujeta a una nueva revelación y no estará protegida por las leyes federales y estatales.

 Firma del paciente o representante legal

 Número de contacto

 Relación con el paciente (si corresponde)

Si revoco esta autorización, le enviaré una solicitud por escrito con una copia de este formulario a la dirección anterior.

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
Número de teléfono de contacto del paciente _____

¿Qué es Cherriots LIFT/ADA Paratransit y quién es elegible?

Cherriots LIFT es el servicio de paratransito complementario de la Acta de Americanos con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) para el área de Salem-Keizer. Cherriots LIFT es un servicio de transporte público de viaje compartido de origen a destino para personas con discapacidades que no pueden usar el servicio de autobús de Cherriots Local debido a limitaciones funcionales significativas. Las siguientes características del sistema de autobuses de Cherriots Local permiten que muchas personas con discapacidades utilicen estas rutas:

- Los autobuses de Cherriots Local están equipados con una rampa y un escalón inferior para arrodillarse (ya no es necesario subir escalones para viajar en los autobuses de Cherriots Local)
- Sistema de anuncios que identifica las principales paradas de autobús y transbordos
- Letreros de lectores internos y externos que brindan una indicación visual para los pasajeros con discapacidad auditiva
- Asientos prioritarios: un área dedicada para personas mayores y personas con discapacidades
- Paradas de autobús mejoradas, incluyendo rampas en las aceras en las intersecciones y la adición de bancos y refugios en muchos lugares

Tenga en cuenta: la elegibilidad para el paratransito no se basa en la edad, la incapacidad para conducir o la falta de disponibilidad o la inconveniencia del servicio de autobús de Cherriots Local.

Este cuestionario para profesionales médicos, junto con una entrevista y una evaluación funcional, se utilizará para ayudar a determinar qué servicio de Cherriots satisface mejor las necesidades del solicitante.

1. Capacidad en la que conoce a este solicitante: _____

2. ¿Utiliza el solicitante alguno de los siguientes dispositivos para ayudar con sus necesidades de movilidad?

- Bastón Dispositivo protésico Scooter eléctrico Tablero de fotos
 Bastón blanco Silla de ruedas manual Oxígeno portátil Animal de servicio
 Muletas Silla de ruedas eléctrica Tablero del alfabeto Caminante
 Otro: _____

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

3. ¿Qué condición o diagnóstico relacionado con la salud dificulta o impide que el solicitante use los autobuses de Cherriots Local?

4. Indique marcando sí, no o no estoy seguro, si su paciente tiene/no tiene **"limitaciones funcionales"** que puedan dificultar o impedir que usen los autobuses de Cherriots Local:

HABILIDADES FÍSICAS: Es paciente dentro de los límites normales para:

	Sí	No	No estoy seguro
Velocidad de caminar - <i>no es extraordinariamente rápido/a o lento/a</i>			
Distancia a pie - <i>es capaz de caminar un cuarto de milla</i>			
Resistencia - <i>es capaz de completar un viaje en autobús de manera segura e independiente</i>			
Coordinación y equilibrio - <i>es estable, no presenta riesgo de caída</i>			
Fuerza - <i>es lo suficientemente fuerte para un viaje seguro e independiente</i>			
Marcha - <i>es normal, sin obstáculos ni perturbaciones que afecten el viaje</i>			
Rango de movimiento - <i>no presenta dificultades de deambulación que afecten los viajes</i>			
Destreza - <i>no presenta dificultades de deambulación que afecten a los viajes</i>			
Subir escalones - <i>¿puede el paciente subir tres escalones de 12" de forma independiente?</i>			
Esperando afuera - <i>¿el paciente puede esperar afuera de forma independiente durante 10 minutos?</i>			
Ayudas para la movilidad - <i>¿el paciente es competente en el uso de sus ayudas para la movilidad?</i>			

FUNCIONES SENSORIALES: Es el paciente:

	Sí	No	No estoy seguro
¿Orientado y consciente de su espacio personal?			
¿Capaz de detectar cambios en las superficies (<i>táctil</i>)?			
¿Capaz de detectar señales ambientales (<i>ver, oír, sentir</i>)?			
Agudeza visual con la mejor corrección: (<i>si hay información disponible</i>) Ojo derecho: _____ Ojo izquierdo: _____ Ambos ojos: _____			
Campos visuales: Ojo derecho: _____ Ojo izquierdo: _____ Ambos ojos: _____			

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

HABILIDADES COGNITIVAS: El paciente posee:

	Sí	No	No estoy seguro
Habilidades de orientación - ¿Capacidad para orientarse a una persona/lugar/cosa?			
Habilidades de juicio/seguridad: ¿adecuadas para un viaje seguro e independiente?			
Habilidades para resolver problemas: ¿adecuadas para un viaje seguro e independiente?			
Habilidades de afrontamiento: ¿adecuadas para un viaje seguro e independiente?			
Memoria a corto plazo: ¿adecuada para un viaje seguro e independiente?			
Memoria a largo plazo: ¿adecuada para un viaje seguro e independiente?			
Atención a la tarea: ¿adecuada para un viaje seguro e independiente?			
Comportamiento público: ¿capaz de mantener un comportamiento apropiado en un lugar público?			
Habilidades de orientación: ¿adecuadas para un viaje seguro e independiente?			
Habilidades de comunicación: ¿adecuadas para un viaje seguro e independiente?			
¿Capacidad para reconocer y responder a situaciones peligrosas?			
¿Capacidad para responder a situaciones inesperadas o cambios sin ayuda?			
¿Capacidad de proporcionar o decir la dirección de la calle y el número de teléfono a pedido?			
¿Capacidad para reconocer el destino o puntos de referencia?			
¿Capacidad para pedir, comprender y seguir instrucciones?			
¿Capacidad para viajar de manera segura y efectiva a través de instalaciones complejas o llenas de gente?			

5. ¿Estas limitaciones funcionales son permanentes o temporales?

Si es temporal, ¿por cuánto tiempo? _____

*Firma del proveedor de atención médica: _____

Escriba el nombre del proveedor de atención médica: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____

Dirección de la oficina: _____

**El profesional médico debe firmar este formulario.*