

Evaluación física funcional

1. El pago de una evaluación física general o completa está supeditado a la recepción de las notas de la historia clínica disponibles de los últimos seis meses, así como las evidencias de apoyo, incluidos los resultados de laboratorio, informes de patología, informes de diagnóstico por imagen y estudios de amplitud de movimiento. Debe estar inscrito en ProviderOne para solicitar el reembolso de estos servicios.
2. Cuando examine a este paciente, evalúe todas las afecciones médicas que puedan limitar su capacidad para trabajar. Usted no está limitado a evaluar la(s) condición(es) actuales. **No está obligado a realizar ninguna prueba especial de capacidad funcional para emitir su opinión médica profesional en este formulario.**

Confidencialidad: La información que usted proporcione está sujeta a las leyes de Divulgación Pública del Estado de Washington y puede ser divulgada al cliente que la solicite. DSHS no divulga más información sin el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por la ley estatal.

A. Información del cliente

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE
--------	---------------------	--------------------------------------

B. Autorización para la divulgación de información

Yo, autorizo a _____ para divulgar la siguiente información al Department of
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

Social and Health Services (Departamento de Servicios Sociales y de Salud, DSHS). Esta divulgación incluye el contenido de esta evaluación, así como información sobre pruebas diagnósticas o tratamientos relacionados con la salud mental, el consumo de alcohol o drogas, la enfermedad de células falciformes y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA (Capítulo 70.02 del Revised Code of Washington (Código Revisado de Washington, RCW) (Código 42 de Reglamentos Federales (CFR) Parte 2).

Esta autorización es válida durante un año o hasta el día _____ (fecha).

Puedo revocar o retirar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Entiendo que la información proporcionada a DSHS puede ser divulgada nuevamente solamente con una autorización válida mía o si es requerida por la ley.

FIRMA DEL CLIENTE	FECHA
-------------------	-------

C. Subjetivo

Principales quejas y síntomas reportados:

Inicio reportado de la discapacidad primaria: _____ (fecha).

Describe cualquier historial de tratamiento, incluidas las hospitalizaciones:



D. Objetivo**Adjunte notas de la historia clínica en las que se detallen los resultados de la exploración.**

Describa cualquier limitación no relacionada con el esfuerzo o restricción en el lugar de trabajo (como sensibilidad química o incapacidad para trabajar en las alturas):

Enumere todos los resultados de las pruebas de laboratorio, de imagen, de amplitud de movimiento y otras pruebas diagnósticas (adjunte los informes):

E. Valoración

1. Enumere cada diagnóstico en la columna 1, empezando por la discapacidad principal.
2. En la columna 3, calcule la gravedad del diagnóstico basándose en su opinión médica profesional y utilizando las siguientes definiciones:

CALIFICACIÓN	GRAVEDAD	DEFINICIÓN
1	Ninguna	No afecta la capacidad de realizar una o más actividades básicas relacionadas con el trabajo.
2	Leve	No afecta significativamente la capacidad de realizar una o más actividades básicas relacionadas con el trabajo.
3	Moderada	Afecta significativamente la capacidad de realizar una o más actividades básicas relacionadas con el trabajo.
4	Notable	Afecta demasiado la capacidad de realizar una o más actividades básicas relacionadas con el trabajo.
5	Grave	Es incapaz de realizar una o más actividades básicas relacionadas con el trabajo.

Las actividades laborales básicas incluyen (a) sentarse, (b) estar de pie, (c) caminar, (d) levantar, (e) transportar, (f) manipular, (g) empujar, (h) jalar, (i) inclinarse, (j) agacharse, (k) ponerse en cuclillas, (l) ver, (m) oír y (n) comunicarse.

DIAGNÓSTICO	ACTIVIDAD LABORAL AFECTADA (Véase las letras (a) a (n) anteriores)	ÍNDICE DE GRAVEDAD

En su opinión médica profesional, ¿qué nivel de trabajo es capaz de realizar el cliente de forma regular* y previsible a pesar de su incapacidad?

- Trabajo pesado** Capaz de levantar 100 libras como máximo y con frecuencia** levantar o transportar hasta 50 libras.
- Trabajo medio** Capaz de levantar 50 libras como máximo y con frecuencia** levantar o transportar hasta 25 libras.
- Trabajo ligero** Capaz de levantar 20 libras como máximo y con frecuencia** levantar o transportar hasta 10 libras, capaz de caminar o estar de pie seis de las ocho horas diarias, y capaz de sentarse y utilizar movimientos de empuje o tracción de brazos o piernas la mayor parte del día.
- Trabajo** sedentario Capaz de levantar un máximo de 10 libras y con frecuencia** levantar o transportar artículos ligeros. Capaz de caminar o estar de pie sólo durante breves períodos.
- Limitación grave** ... Incapaz de realizar un trabajo sedentario.

* De manera regular y previsible significa que la persona es capaz de mantener el nivel de trabajo durante una jornada y una semana laborales normales de forma continua, adecuada e independiente.

** Con frecuencia significa que la persona es capaz de realizar la función entre 2,5 y 6 horas de una jornada de 8 horas. No es necesario que el desempeño sea continuo.

DURACIÓN

¿Cuánto tiempo estima que persistirá la limitación actual de las actividades laborales con el tratamiento médico disponible? _____
MESES

ABUSO DE SUSTANCIAS

¿Los efectos sobre las actividades laborales básicas son principalmente consecuencia del trastorno por consumo de sustancias?

Sí No

Explique:

¿Persistirían los efectos sobre las actividades laborales básicas después de 60 días de sobriedad? Sí No

De no ser así, ¿cómo cambiarían?

¿Se recomienda una evaluación de dependencia química para el tratamiento del consumo de sustancias? Sí No

F. Plan

Enumere las pruebas o consultas adicionales necesarias:

¿Qué tratamiento se recomienda?

DEVUELVA ESTE INFORME A:	NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD	FECHA DEL EXAMEN
	ÁREA DE ESPECIALIDAD/FORMACIÓN AVANZADA	NÚMERO DE TELÉFONO
FIRMA DEL TRABAJADOR	FECHA	DOMICILIO CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO	FIRMA/CARGO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD	FECHA
FAX	FIRMA DEL PROFESIONAL REVISOR Y ADOPTANTE	FECHA