

Formulário de Verificação Médica

Este formulário deve ser preenchido por um dos seguintes profissionais de saúde: Médico (M.D.), Psiquiatra (M.D.), Psicólogo (Ph.D.), Médico Osteopata (D.O.), Assistente Social Clínico Licenciado (LICSW), Assistente Médico (PA) ou Enfermeiro(a) Registrado(a) de Prática Avançada (RNP).

Nome do Indivíduo _____ Data de Nasc. _____

Diagnóstico Principal _____ Diagnóstico Secundário _____

Data da Consulta/Exame Mais Recente: _____ Próxima Consulta _____

Qual é o tratamento e a frequência do tratamento para os diagnósticos/limitações acima? _____
_____ b _____

O indivíduo está seguindo o tratamento/terapia prescritos? Sim ou Não

Este indivíduo necessita de avaliação adicional? Sim ou Não

Se sim, especifique quais avaliações/testes são recomendados: _____

Por favor, indique as limitações funcionais associadas ao(s) diagnóstico(s) deste indivíduo, marcando um "X" nas caixas aplicáveis abaixo:

	Não Limitado	Levemente Limitado	Significativamente Limitado
Ficar em pé			
Andar			
Sentar			
Subir escadas ou engatinhar (circule um ou ambos)			
Empurrar/Puxar (circule um ou ambos)			
Curvar-se			
Manusear/Sentir(tato)/Manipular			
Levantar objeto			
Visão (com óculos)			
Audição (com aparelhos auditivos)			
Falar/Comunicar			
Tolerância a condições ambientais (circule ou especifique limitações): umidade, frio, poeira, ruído, máquinas _____			
Capacidade de manter a concentração			
Capacidade apropriada à idade de compreender, lembrar e executar instruções			
Capacidade apropriada à idade de responder a figuras de autoridade, colegas de trabalho, etc.			

Capacidade apropriada à idade de lidar com mudanças no ambiente escolar ou de trabalho			
Capacidade de desempenhar atividades em ritmo consistente			
Capacidade de realizar atividades dentro de um cronograma e manter frequência regular			

Por quantas horas por semana este indivíduo poderia participar de atividades de trabalho, educação ou treinamento de habilidades? _____

Por quantas horas por dia este indivíduo poderia participar de atividades de trabalho, educação ou treinamento de habilidades? _____

Qual é a duração esperada das limitações acima (número de semanas, meses, ou anos)? _____

Qual é a duração esperada da própria condição (número de semanas, meses, ou anos)? _____

É recomendada a solicitação de benefícios por incapacidade da Seguridade Social dos EUA (Social Security) ou de Renda Suplementar de Segurança (SSI)? _____

O indivíduo necessita de adaptações para participar de alguma atividade? Por favor circule: Sim Não Não sei
Em caso afirmativo, descreva quais adaptações ele(a) pode necessitar:

Comentários adicionais: _____

Assinatura do profissional de saúde _____ (Escreva o nome) _____
Data _____ Endereço _____ Telefone _____