Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos - División Servicios de Rehabilitación

INFORME DE LIMITACIÓN FUNCIONAL - VR (Rehabilitación Vocacional)

El formulario Autorización para Usar / Divulgar Información Médica y Confidencial (IL488-1111W), debe acompañar este formulario.

Para: Dr. _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Devuelva a: _____

_____ _____

Fax: _____ Fax: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

El siguiente cliente ha solicitado **servicios de rehabilitación vocacional** para ayudarle con el empleo y ha proporcionado autorización para solicitar información sobre su diagnóstico y sus limitaciones funcionales.

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Por favor escriba todos los diagnósticos, incluya las condiciones médicas de carácter temporal y / o lesiones recientes:

Físicos: _____

Psiquiátrico _____

Cognitivo: _____

Conducta: _____

LIMITACIONES FUNCIONALES Por favor marque la respuesta apropiada: (S = sí; N = no; D = desconoce)

Física	S	N	D	Cognitiva	S	N	D	Conducta Psiquiátrica	S	N	D
Debilidad	☐	☐	☐	Deterioro en habilidad de aprender nuevas cosas	☐	☐	☐	Deterioro en comprensión	☐	☐	☐
Fatiga	☐	☐	☐	Deterioro en habilidad de retener información	☐	☐	☐	Deterioro en el juicio	☐	☐	☐
Pobre control del tronco	☐	☐	☐	Deterioro en habilidad de iniciar tareas por sí sólo	☐	☐	☐	Conducta compulsiva	☐	☐	☐
Deterioro en movimiento fino	☐	☐	☐	Deterioro en comprensión	☐	☐	☐	Falta de control de impulsos	☐	☐	☐
No puede doblarse	☐	☐	☐	Deterioro en el juicio	☐	☐	☐	Alucinaciones	☐	☐	☐
Dificultad cuando camina	☐	☐	☐	No puede mantenerse enfocado	☐	☐	☐	Concentración reducida	☐	☐	☐
Dificultad cuando respira	☐	☐	☐	Deterioro en lenguaje expresivo	☐	☐	☐	Cambios de humor	☐	☐	☐
Restricción al levantar? # lbs ___	☐	☐	☐	Deterioro en lenguaje receptivo	☐	☐	☐	Deterioro en destrezas de organización	☐	☐	☐
No puede agacharse	☐	☐	☐	Confusión	☐	☐	☐	Motivación Baja	☐	☐	☐
Equilibrio afectado	☐	☐	☐	Confabulación	☐	☐	☐	Disociación	☐	☐	☐
Mareos	☐	☐	☐	Desorientación en su medio ambiente	☐	☐	☐	Falta de energía	☐	☐	☐
Limitación en soporte del peso	☐	☐	☐	Carece conocimiento del medio ambiente	☐	☐	☐	Abuso de Sustancias	☐	☐	☐
Limitación en Grado de movimiento	☐	☐	☐	(¿Cuál extremidad?)							
Deterioro sensorial	☐	☐	☐	(Identifique)							

¿Es la discapacidad del cliente? (marque todo lo que aplique):

Aguda	☐	Estable	☐	Rápidamente Progresiva	☐
Recurrente	☐	Lentamente Progresiva	☐	Permanente	☐

Comentarios: _____

¿Hay algún problema relacionado con el empleo? _____

_____ _____ _____

Nombre del Médico o Representante Autorizado en Letra de Molde | Firma del Médico o Representante Autorizado | Fecha