



Evaluación Médica - Informe del Médico

Fecha: _____

189ca752-3a1f-4f6c-b39f-5e6261243652

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Zona Postal _____

Número del Caso: _____

Nombre de la Oficina: _____

Dirección de la Oficina: _____

Teléfono: _____

TTY: _____

Fax: _____

We have this notice in English. To request this notice in English, go to the ABE-MMC website or call 1-800-843-6154, TTY- (1-866-324-5553 TTY/Nextalk, 711 TTY Relay).

Puede administrar su cuenta en abe.illinois.gov

Evaluación Médica: PROVEEDOR MÉDICO - Por Favor Complete las Sigüientes Secciones
La información médica nos ayudará a determinar si su paciente es elegible para asistencia médica u otra asistencia pública. **Para evaluar a su paciente, le pedimos que nos proporcione copia de las notas de progreso de su oficina, resultados de pruebas, reportes de rayos-x y cualquier otra información de expedientes médicos relevantes de los pasados 12 meses.** Por favor complete la SECCIÓN 1 y las siguientes secciones que se relacionan al diagnóstico de su paciente, síntomas y quejas. **SU OPINIÓN SOBRE LA HABILIDAD DE SU PACIENTE PARA DESEMPEÑAR ACTIVIDADES RELACIONADAS A TRABAJO EN LA SECCIÓN 3 y 4 ES MUY IMPORTANTE.**
Por favor devuelva este formulario completado a: _____

SECCIÓN 1:

Fecha del Último Examen: _____ Fecha Que lo Vió la Primera Vez: _____ Frecuencia de Visitas: _____

Número de hospitalizaciones en los últimos 12 meses: _____

Fechas Aproximadas	Lugar Dónde Se Hospitalizó	Motivo de la Hospitalización

Estatura: _____ Peso: _____ BMI: _____ Presión de Sangre: _____ Pulso: _____ Ritmo Respiratorio: _____

Apariencia General: _____

Quejas Principales del Paciente y Fechas del Inicio

Diagnóstico Completo (Para trastornos mentales incluya código DSM, si lo sabe)

Pruebas de Laboratorio Significantes (indique fechas y resultados):

H/H: _____ Sed Rate: _____ ANA: _____ RF: _____

Creatinina: _____ Bilirubina: _____ Otro: _____

continúa en página siguiente



Evaluación Médica - Informe del Médico

Fecha: _____

SECCIÓN 2:

Número del Caso: _____

189ca752-3a1f-4f6c-b39f-5e6261243652

1. Vista

Agudeza Visual - Izquierdo: _____ Agudeza Visual - Derecho: _____ *Izquierdo Corregido: _____ *Derecho Corregido: _____
(* medido con corriente de refracción manifiesta)

Fecha del Examen: _____ Alguna Patología: _____

2. Oído

Izquierdo: _____ Derecho: _____ Resultados de la Prueba (incluya fecha y copia de la prueba): _____

Conducción de Aire del Izquierdo _____ Conducción de Aire del Derecho _____

Conducción ósea del Izquierdo _____ Conducción ósea del Derecho _____

Implante Coclear Sí No Fecha: _____ Ayudó: Sí No

3. Sistema Cardiovascular

Tamaño del Corazón: _____ Sonidos: _____ Pulso / Ritmo: _____

Dolores de Pecho (describa): _____ Disnea: _____

Síncope (describa): _____

Pulsos Periféricos: _____ Edema: _____

Tratamiento / Recetas: _____

Respuesta: _____

Resultados del electrocardiograma (EKG) (indique fechas e incluya copias de trazados): _____

AHA Capacidad Funcional Cardíaca 1 2 3 4 Fracción de Eyección: _____ Fecha: _____

Fracción de eyección (EF) de Cateterización Cardíaca Muga Ecocardiograma (envíe informe)

EF durante periodo de estabilidad o exacerbación

Otros Resultados de Pruebas (incluya Fechas): _____

4. Sistema Respiratorio

Describa señales clínicas (ejemplo, silvidos, ronquidos, expiración prolongada, etc.):

Estudio de Función Pulmonar Fecha: _____ Durante periodo de estabilidad o exacerbación

Pre-bronquodilatador: FVC _____ FEV1 _____ DLCO _____ Saturación de O2 en aire del salón: _____

Post-bronquodilatador: FVC _____ FEV1 _____

Tratamiento / Recetas: _____

Respuesta: _____

continúa en página siguiente



Evaluación Médica - Informe del Médico

Fecha: _____

5. Sistema Digestivo Número del Caso: _____

189ca752-3a1f-4f6c-b39f-5e6261243652

Hallazgos Objectivos: (si pierde peso, describa): _____

Resultados de Pruebas (escriba fechas): _____

Tratamiento / Recetas: _____

Respuesta: _____

6. Sistema Genital urinario

Hallazgos Objectivos: _____

Fecha del parto: _____ Complicaciones del embarazo (incluya fechas): _____

Resultados de Pruebas (escriba fechas): _____

Tratamiento / Recetas: _____

Respuesta: _____

7. Sistema Endocrino

Hallazgos Objectivos: _____

Resultados de Pruebas (escriba fechas): _____

Tratamiento / Recetas: _____

Respuesta: _____

Para diabetes mellitus, indique frecuencia de episodios de acidosis, presencia de neuropatía, retinitis, etc.:

8. Sistema Hemático y Linfático

Hallazgos Objectivos: _____

Resultados de Pruebas (escriba fechas): _____

Tratamiento / Recetas: _____

Respuesta: _____

9. Enfermedades Neoplásicas (incluya informes de patología)

Origen: _____ Metástasis Sí No Lugar: _____

Tratamiento / Recetas: _____

Respuesta: _____

Prognosis: _____

Complicaciones Secundarias : _____

Prueba Serológica para SIDA: Tipo: _____ Resultados: _____ Fecha: _____



continúa en página siguiente





Evaluación Médica - Informe del Médico

Fecha: _____

Número del Caso: _____

189ca752-3a1f-4f6c-b39f-5e6261243652

10. Infección HIV (SIDA) y Sistema Inmunológico (cont.)

Infecciones Oportunistas (identifique): _____

Otras enfermedades relacionadas: _____

Otros síntomas: _____

Tratamiento / Recetas: _____

Respuesta: _____

11. Sistema Neurológico

Si existen trastornos de convulsiones, indique frecuencia: _____ medicina para convulsiones nivel de sangre y fecha: _____

Describa las convulsiones en detalle (si son tipos múltiples de convulsiones , indique frecuencia y descripción de cada tipo):

Tratamiento / Recetas: _____ ¿Cumple con tratamiento? Sí No

Respuesta al Tratamiento: _____

Derrame Cerebral: _____ Fecha: _____ Secuela: _____

Indique otros trastornos neurológicos (ejem., camina, parado, balance, etc.): _____

Describa algunas deficiencias en manipulación de manos y / o debilidad en extremidades superiores e inferiores (si aplica):

12. Sistema Óseo Muscular

Describa algún dolor, hinchazón, sensibilidad, rigidez, o crepitación (incluya ubicación, frecuencia y hallazgos específicos):

Describa pérdida de movimiento en articulaciones (indique articulación y describa margen de movimiento y grados de la posición normal):

Describa alguna deficiencia en manipulación de manos y/o debilidad de las extremidades superiores o inferiores (si aplica):

Describa lo que encuentra en rayos-x (incluya fechas): _____

Otro hallazgos objetivos: _____

Tratamiento / Recetas: _____

Respuesta: _____

13. Piel:

Describa ubicación de lesiones, inicio y cómo responde al tratamiento:

continúa en página siguiente



Evaluación Médica - Informe del Médico

Fecha: _____

Número del Caso: _____

189ca752-3a1f-4f6c-b39f-5e6261243652

SECCIÓN 3: EVALUACIÓN MÉDICA SOBRE CAPACIDAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE TRABAJO (FÍSICO)

- **FORMA REGULAR Y CONTINUA** significa 8 horas al día, por 5 días por semana, o el equivalente
- **OCASIONALMENTE** significa muy poco o menos de una tercera parte del tiempo
- **FRECUENTEMENTE** significa de un tercio a dos terceras partes del tiempo
- **CONTINUAMENTE** significa más de dos terceras partes del tiempo

La edad y constitución física de la persona no deben ser considerados en la evaluación de limitaciones.

Levantar

Cargar

	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Continuamente		Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Continuamente
< 10 lbs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	< 10 lbs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 lbs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 lbs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 lbs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25 lbs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 lbs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50 lbs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100 lbs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 lbs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MOVILIDAD

SENTARSE / PARARSE / CAMINAR AL MISMO TIEMPO SIN INTERRUPCIÓN

Minutos

Horas

a. Sentarse _____	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8
b. Pararse _____	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8
c. Caminar _____	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8

¿Requiere el individuo el uso de un bastón / caminador / otro aparato para moverse? Sí No

¿Qué distancia puede moverse la persona sin uso de uno de estos instrumentos? _____

• Sin este apoyo, ¿puede la persona usar sus manos libremente para cargar pequeños objetos? Sí No

Ocasionalmente = hasta 1/3 Frecuentemente = 1/3 a 2/3 Continuamente = más de 2/3

Mano Derecha

	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Continuamente
<u>Subir brazos</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Extender los brazos</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Agarrar</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Uso de los dedos</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Sentir</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Empujar / halar</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

continúa en página siguiente



Evaluación Médica - Informe del Médico

Fecha: _____

Número del Caso: _____

189ca752-3a1f-4f6c-b39f-5e6261243652

USO DE LAS MANOS - Indique con qué frecuencia el individuo puede desempeñar las siguientes actividades: (cont.)

Mano Izquierda

	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Continuamente
<u>Subir brazos</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Extender los brazos</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Agarrar</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Uso de los dedos</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Sentir</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Empujar / halar</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

USO DE LOS PIES - Indique con qué frecuencia la persona puede desempeñar las siguientes actividades:

Ocasionalmente = hasta 1/3 Frecuentemente = 1/3 a 2/3 Continuamente = más de 2/3

Pie Derecho

	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Continuamente
<u>Función de control del pie</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pie Izquierdo

	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Continuamente
<u>Función de control del pie</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Actividades de Postura - Con qué frecuencia el individuo puede desempeñar las siguientes actividades:

Continuamente = más de 2/3 Continuamente = más de 2/3 Continuamente = más de 2/3

	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Continuamente
<u>Sube escaleras y rampas</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Sube escaleras / andamios</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Balance</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Encorvarse</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Arrodillarse</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Doblarse, agacharse</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Gatear</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

continúa en página siguiente



Evaluación Médica - Informe del Médico

Fecha: _____

Número del Caso: _____

189ca752-3a1f-4f6c-b39f-5e6261243652

LIMITACIONES DEL AMBIENTE - con qué frecuencia el individuo puede tolerar estar expuesto a las siguientes condiciones:

	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Continuamente
<u>Alturas Sin Protección</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Partes mecánicas en Movimiento</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Humedad y estar mojado</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Polvo, olores, vapores</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Irritantes Pulmonares</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Frio Extremo</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Calor Extremo</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Vibraciones</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Otro (especifique) _____</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Silencio (Biblioteca)	Moderado (Oficina)	Ruido (Tráfico Pesado)	Ruidos Fuertes (Martillo Mecánico)
Ruidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Afectan al oído o vista de la persona alguno de estos detrimentos?

Sí No No Evaluado Si es "sí" por favor complete las siguientes preguntas (donde sea apropiado)

1. Si existe alguna discapacidad auditiva:

a. ¿Puede la persona retener la habilidad de oír y entender instrucciones verbales simples y comunicar información simple?

Sí No

b. ¿Puede la persona usar un teléfono para comunicarse? Sí No

2. Si existe una discapacidad de la vista:

a. ¿Es capaz la persona de evitar peligros ordinarios en el lugar de trabajo, tal como cajas en el piso, puertas semi abiertas, gente o vehículos que se aproximan? Sí No

b. ¿Puede la persona leer letras muy pequeñas? Sí No

c. ¿Puede la persona leer el periódico, libros con letras ordinarias? Sí No

d. ¿Puede la persona ver una pantalla de la computadora? Sí No

e. ¿Puede la persona determinar las diferencias de formas, colores de objetos pequeños tales como tornillos, tuercas o pernos? Sí No

POR FAVOR COLOQUE UNA "X" EN LOS ENCASILLADOS APROPIADOS BASADO SOLO EN LA DISCAPACIDAD FÍSICO DE LA PERSONA

1. ¿Puede la persona hacer actividades como ir de compras sin ayuda? Sí No

2. ¿Puede la persona viajar sin acompañante para ayudarle? Sí No

continúa en página siguiente



Evaluación Médica - Informe del Médico

Fecha: _____

Número del Caso: _____

189ca752-3a1f-4f6c-b39f-5e6261243652

POR FAVOR COLOQUE UNA "X" EN LOS ENCASILLADOS APROPIADOS BASADO SOLO EN LA DISCAPACIDAD FÍSICO DE LA PERSONA

- 3. ¿Puede la persona caminar una cuadra a una velocidad razonable en superficies desniveladas o rústicas? Sí No
- 4. ¿Puede la persona usar transporte público estándar? Sí No
- 5. ¿Puede la persona subir peldaños o escaleras a ritmo razonable sin agarrarse del pasamanos? Sí No
- 6. ¿Puede la persona preparar alimentos simples y comer por sí misma? Sí No
- 7. ¿Puede la persona atender su higiene personal? Sí No
- 8. ¿Puede la persona escoger, agarrar, usar papel / registros? Sí No

Escriba alguna otra actividad relacionada a trabajo, la cual es afectada por la discapacidad, e indique cómo son afectadas las actividades. Ejemplos pueden ser la necesidad de acostarse durante el trabajo, la necesidad de ausentarse del trabajo o de cambiar de turno.

Identifique lo que se encontró particularmente médico o clínico (ejemplo, resultados del examen médicos, resultados de rayos-x, resultados de pruebas de laboratorio, historial y síntomas incluyendo dolores, etc.) que apoyen su evaluación de cualquier limitación y por qué lo que encuentra apoya su evaluación. Es importante que relacione particularmente cualquier asunto médico o clínico encontrado con relación a capacidades de las limitaciones evaluadas. La utilidad de la evaluación depende de cuán amplia hace usted esta explicación.

SE ASUME QUE ESTAS LIMITACIONES DESCRITAS ARRIBA SON SU OPINIÓN REFERENTE SOLO A LAS LIMITACIONES ACTUALES.

SIN EMBARGO, SI USTED TIENE SUFICIENTE INFORMACIÓN PARA FORMARSE UNA OPINIÓN MÉDICA DENTRO DE UN GRADO RAZONABLE DE PROBABILIDAD EN CUANTO A LAS LIMITACIONES, ¿EN QUÉ FECHA OCURRIERON LAS LIMITACIONES MENCIONADAS ARRIBA?

MES _____ AÑO _____

¿HAN DURADO O DURARAN 12 MESES CONSECUTIVOS LAS LIMITACIONES QUE USTED ENCONTRÓ ARRIBA?

Sí No

SECCIÓN 4: REVISIÓN MÉDICA DE LA HABILIDAD PARA HACER ACTIVIDADES DE TRABAJO (Mental)

Para cada siguiente actividad indicada, responda a las preguntas sobre las habilidades de la persona para realizar actividades de trabajo en forma regular (8 horas al día cinco días por semana o el equivalente) usando las siguientes definiciones de los términos:

- Nada** - Ausente o limitaciones mínimas (transitorias o reacciones esperadas a presiones psicológicas).
- Poco** - Hay poca limitación en esta área, pero generalmente el individuo funciona bien.
- Moderado** - Hay más que poca limitación, el individuo funciona satisfactoriamente.
- Notable** - Hay limitaciones serias con pérdida substancial de la habilidad para funcionar con efectividad.
- Extremo** - Hay una limitación extrema en esta área. No tiene habilidades útiles para funcionar en esta área.

- 1. Entiende y recuerda instrucciones simples Nada Poco Moderado Notable Extremo
- 2. Sigue instrucciones simples Nada Poco Moderado Notable Extremo
- 3. Habilidad para criticar deberes simples Nada Poco Moderado Notable Extremo

continúa en página siguiente



Evaluación Médica - Informe del Médico

Fecha: _____

Número del Caso: _____

189ca752-3a1f-4f6c-b39f-5e6261243652

SECCIÓN 4: REVISIÓN MÉDICA DE LA HABILIDAD PARA HACER ACTIVIDADES DE TRABAJO (Mental) (continuación)

- 4. Sigue instrucciones complejas Nada Poco Moderado Notable Extremo
- 5. Habilidad para criticar decisiones complejas Nada Poco Moderado Notable Extremo
- 6. Interactuar adecuadamente con el público Nada Poco Moderado Notable Extremo
- 7. Interactuar adecuadamente con supervisor(es) Nada Poco Moderado Notable Extremo
- 8. Interactuar adecuadamente con compañeros Nada Poco Moderado Notable Extremo
- 9. Responde apropiadamente a situaciones comunes de trabajo y a cambios de rutina en el ambiente de trabajo Nada Poco Moderado Notable Extremo

10. ¿Tiene otras capacidades afectadas por la discapacidad? Sí No

Por favor identifique la capacidad y describa cómo es afectada.

Identifique los factores (ejemplo, las señales particulares médicas, resultados de laboratorio u otros factores descritos arriba) que apoyen su evaluación. Es importante que usted relacione los resultados particulares médicos o clínicos a alguna limitación en la capacidad evaluada. La utilidad de la evaluación depende de cuán amplia usted hace esta explicación.

11. SE ASUME QUE ESTAS LIMITACIONES DESCRITAS ARRIBA SON SU OPINIÓN REFERENTE SOLO A LAS LIMITACIONES ACTUALES. SIN EMBARGO, SI USTED TIENE SUFICIENTE INFORMACIÓN PARA FORMARSE UNA OPINIÓN MÉDICA DENTRO DE UN GRADO RAZONABLE DE PROBABILIDAD EN CUANTO A LAS LIMITACIONES, ¿EN QUÉ FECHA OCURRIERON LAS LIMITACIONES MENCIONADAS ARRIBA?

12. Si las dificultades de la persona incluyen abuso de alcohol y / o sustancias, ¿contribuyen estas dificultades a alguna de las limitaciones de la persona como se establece arriba? Si es sí, por favor identifique y explique qué cambios haría usted a su respuesta si la persona tuviera abstinencia total del uso de alcohol y / o uso / abuso de sustancias.

Firma del Proveedor Médico: _____

Fecha del Examen: _____

Nombre Impreso del Proveedor Médico: _____

Número de Teléfono: _____

Especialidad Médica: _____