



**PERSONAS MAYORES CIEGAS - INFORME  
DE SEGUIMIENTO DE CLIENTES DE OIB**

Proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha del Informe: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Núm. Seguro Social (Últimos 4 dígitos): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Sexo:  El yo individual se identifica como hombre  
 El yo individual se identifica como mujer  
 Individuo que no se identificó a sí mismo como género

Zona  
Ciudad, Estado, Postal \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

Raza/Origen Étnico  Indio Americano o Nativo de Alaska  
 Asiático  Negro o Afroamericano  
 Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico  
 Blanco  Hispano/Latino  
 El individuo no se identificó a sí mismo como raza  
 Dos o más razas

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Deficiencia Visual:  Totalmente ciego  Legalmente ciego  Discapacidad visual severa

Causa Principal:  Cataratas  Retinopatía diabética  Glaucoma  Degeneración Macular  Otro \_\_\_\_\_

Otro impedimento:  Deterioro cognitivo o intelectual  Deterioro de la movilidad  Deterioro de la comunicación  
 Deterioro de la salud mental  Deterioro de la audición  Otro impedimento \_\_\_\_\_

Tipo de Residencia:  Residencia privada (casa / apartamento)  Facilidades de Vida Asistida  Sin Hogar  
 Residencia de ancianos / Centro de atención a largo plazo  Vivienda para personas mayores / Comunidad de jubilados

Fuente de referencia  Proveedor de atención (oftalmólogo, optometrista)  Médico / Proveedor medico  
 Agencia estatal de RV  Administración de veteranos  Gobierno / público o social privado  
 Centro de vida asistida  Hogar de ancianos / Centro de atención a largo plazo  Centro para personas mayores  
 Organización basada en la fe  Centro de vida independiente  Agencia de servicios que no figura en otra parte  
 Familia o amigo  Uno mismo  Otro \_\_\_\_\_

**Servicios prestados a partir del año fiscal**

- Evaluación de la vista / Examen / Evaluación de baja vision  Capacitación y apoyo en defensa  Información, derivación, comunidad  
 Habilidades de comunicación  Entrenamiento de Orientación y Movilidad  Dispositivos / ayudas de tecnología de asistencia  
 Consejería (pares, indiv., Grupo)  Servicios de apoyo (lector, etc.)  Servicios de tecnología de asistencia  
 Habilidades de la vida diaria  Otro servicio de vida independiente \_\_\_\_\_

Fecha de apertura:	<input type="text"/>	Entrevistador:	<input type="text"/>
Fecha de cierre:	<input type="text"/>	Cerrado por:	<input type="text"/>
Razón:	<input type="text"/>		