

PARTE C - FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Para poder evaluar su pedido de elegibilidad, puede que sea necesario contactar a un profesional para confirmar la información provista o contestar preguntas adicionales. El individuo que completa las Partes A y B de la solicitud **no** puede ser la persona mencionada debajo. Este formulario de divulgación de información debe ser completado por usted u otra persona en su representación.

El siguiente profesional está familiarizado con mi discapacidad, condición de salud y capacidades funcionales y está autorizado a proveer la información solicitada por Mountain Line con fines de certificación.

Profesional del Cuidado de la Salud: Médico____ Enfermero/o____ Terapeuta Física____ Terapeuta de Rehabilitación____ Gerente del Caso____ Asistente Social____ Otro (explicar)_____

Nombre_____

Dirección_____

Teléfono_____ Fax_____

Profesional del Cuidado de la Salud: Médico____ Enfermero/o____ Terapeuta Física____ Terapeuta de Rehabilitación____ Gerente del Caso____ Asistente Social____ Otro (explicar)_____

Nombre_____

Dirección_____

Teléfono_____ Fax_____

Por la presente autorizo a Mountain Line a contactar al profesional o agencia listada arriba para verificar la documentación sobre mis capacidades funcionales.

Firma o Marca del Solicitante_____ Fecha_____

Testigo_____ Fecha_____

PARTE C VERIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

Entregue esta sección de la solicitud a un profesional para verificar su discapacidad y sus capacidades funcionales. Preferimos que esta sección sea completada por alguien que no sólo está familiarizado con su diagnóstico, sino también con su movilidad. Le sugerimos que lleve estos formularios a un Gerente de Caso, Asistente Social o Profesional del Cuidado de la Salud. Si usted tiene alguna pregunta sobre qué profesionales serán aceptados o si el profesional que ha elegido le está cobrando por completar esta documentación, llame a un Especialista en Elegibilidad al (928) 679-8911.

GUÍAS PARA LA VERIFICACIÓN PROFESIONAL

Su paciente/cliente ha solicitado elegibilidad para el servicio de transporte Paratrásito de Mountain Line. Debido a su relación profesional con el solicitante, usted está calificado para ayudar a clarificar sus capacidades funcionales y limitaciones. Las siguientes son guías para utilizar Paratrásito. Estas guías pueden ayudarlo a entender el tipo de información que necesitamos para determinar si el solicitante es aplicable para Paratrásito.

La base para la elegibilidad de ADA de Mountain Line Paratransit es la Ley de estadounidenses con discapacidades. La elegibilidad se basa en:

- Capacidad funcional para realizar de manera independiente tareas necesarias para utilizar un autobús, que incluyen: ir hacia o desde una parada de autobús, abordar el autobús, viajar en autobús, entender cómo navegar el sistema en varios ambientes. El sólo diagnóstico no califica a un individuo para la Elegibilidad de Paratrásito.
- Que el individuo no pueda realizar estas tareas (a diferencia de que la tarea sea más inconveniente o difícil)
- Que el individuo puede realizar estas tareas todo el tiempo, sólo bajo ciertas circunstancias o si la discapacidad siempre impedirá que el individuo realice estas tareas. La elegibilidad es única de acuerdo con la capacidad funcional personal del individuo y refleja la capacidad del paciente para utilizar el autobús y bajo qué circunstancias (ej: puede utilizar el autobús si no debe trasladarse más de dos cuadras niveladas a la parada del autobús y no hay nieve o hielo presente).

INFORMACIÓN QUE NECESITAMOS QUE PROVEA

Usted puede expandirse, de la manera más detallada posible, sobre cómo la capacidad física, sensorial, cognitiva o emocional del individuo puede impactar en su capacidad para viajar en autobús. Relacione sus comentarios en las tareas específicas que se necesitan para abordar, transportarse y navegar el sistema de transporte de ruta fija al describir cómo cada condición limita su función en estas áreas específicas.

La siguiente es una lista de puntos específicos que pueden servirle como guía para su informe a Mountain Line.

Aborde cualquiera de los siguientes puntos que aplican al solicitante en los formularios provistos (páginas 4-8):

- **Diagnóstico específico y pronóstico** de cada condición incapacitante de su paciente. Indique cuál de estas condiciones está tratando actualmente.
- **Mediciones específicas**
 - **Para impedimentos visuales:** mediciones de agudeza visual y mediciones del campo visual de ambos ojos
 - **Para impedimentos cognitivos:** Puntuación del Coeficiente Intelectual y puntuaciones de la Conducta Adaptativa
- **Fecha de comienzo**
 - **Pronóstico:** Si el individuo tiene una enfermedad o condición progresiva, o si se espera una mejora o recuperación. Provea la mejor estimación del ritmo en el cual se espera que ocurra, y si la terapia es parte del plan de tratamiento.
- **Discapacidad Motriz**
 - ¿El individuo puede caminar?
 - ¿Bajo qué condiciones puede caminar?
 - ¿Bajo qué condiciones no puede caminar?
 - ¿Qué ayudas de movilidad utiliza?
 - ¿Por cuánto tiempo ha estado utilizando este dispositivo?
 - ¿Que tan lejos puede caminar/trasladarse de manera independiente utilizando estas ayudas de movilidad?
 - ¿Cómo afectan las condiciones climáticas (lluvia, hielo, nieve) su movilidad?
 - ¿Cómo se ve afectado el equilibrio y la resistencia?
- **Impedimento Neurológico o Lesiones en la Cabeza**
 - ¿Se ve deteriorado el juicio y la inhibición del comportamiento? ¿hasta qué punto?
- **Convulsiones**
 - ¿Qué tipo de convulsiones?
 - ¿Están controladas por medicación?
- **Problemas emocionales y/o de Comportamiento**
 - ¿Se ve afectado el juicio?
 - ¿Experimenta ansiedad inhabilitante, alucinaciones visuales o auditivas, delirios, etc.?
 - Información General
 - ¿El individuo necesitaría ayuda de un asistente o acompañante para poder viajar en autobús?
 - ¿Cómo afectan su funcionamiento las fluctuaciones de temperatura?

Si usted tiene preguntas sobre la Elegibilidad de Paratransito de ADA o estos formularios, contacte un Especialista en Elegibilidad en Mountain Line (928) 679-8911. Gracias por su cooperación.

VERIFICACIÓN PROFESIONAL

Nombre del Solicitante _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección del Solicitante _____

Teléfono del Solicitante _____

1. ¿Cómo conoce usted al individuo? _____

2. ¿Por cuánto tiempo conoce a este individuo? _____

3. ¿Cuál es la última fecha de contacto (de usted o su agencia) con este individuo? _____

4. **Discapacidad Primaria y/o Condición Médica:** _____

a. Fecha de inicio: _____

b. Tratamiento: _____

c. Pronóstico: _____

d. Duración esperada de la condición: _____

e. ¿Varían los efectos de la discapacidad? _____

f. ¿Cómo la temperatura afecta la condición del individuo? _____

5. **Discapacidad Secundaria y/o Condición Médica:** _____

a. Fecha de inicio: _____

b. Tratamiento: _____

c. Pronóstico: _____

d. Duración esperada de la condición: _____

e. ¿Varían los efectos de la discapacidad? _____

f. ¿Cómo la temperatura afecta la condición del individuo? _____

6. Medicamentos Actuales - Adjunte una lista si se requiere de espacio adicional.

Nombre del Medicamento

Fecha Prescripto

7. Efectos secundarios del medicamento reportados por el paciente/cliente:_____

8. ¿Cómo afecta el medicamento mencionado la capacidad funcional del individuo para trasladarse de manera independiente dentro de la comunidad (ej: somnolencia, confusión, etc.)?_____

INFORMACIÓN SOBRE LAS DIFICULTADES DE TRASLADO

Utilice este espacio para describir cómo la discapacidad del solicitante afecta su capacidad de traslado.

Para las siguientes preguntas, provea información sobre las capacidades funcionales del solicitante, teniendo en cuenta cualquier ayuda de movilidad si aplica.

9. Seleccione todas las que aplican al individuo:

Ambulatorio Usuario de Silla de Ruedas Usuario de un Escúter de 3 Ruedas
 Andador Bastón

10. ¿Distancia máxima que el cliente puede trasladarse de manera independiente utilizando la ayuda de movilidad si es necesario? _____pies

____330 pies.

____1320 pies. (< 16 min)

____2310 pies.

____660 pies.

____1650 pies.

____2640 pies. (< 32 min)

____990 pies.

____1980 pies.

11. ¿El individuo mostrará signos de malestar al realizar la distancia máxima? _____Sí _____No

12. Si es sí, explique: _____

13.

EL INDIVIDUO PUEDE DE MANERA INDEPENDIENTE:	SÍ	NO	A VECES
a. Seguir direcciones a lo largo de una ruta			
b. Orientarse alrededor de obstáculos grandes			
c. Orientarse alrededor de obstáculos pequeños			
d. Ubicar los bordillos/rampas			
e. Subir el bordillo de 6"			
f. Bajar de un bordillo de 6"			
g. Maniobrar para subir/bajar una rampa			
h. Franquear una vereda en buenas condiciones			
i. Franquear pavimento/superficies rotas			
j. Franquear superficies desparejas/con césped			
k. Franquear superficies de grava			
l. Franquear superficies con tierra/arena suelta			
m. Cruzar la calle en un cruce peatonal			
n. Ubicar un cruce peatonal o un lugar seguro para cruzar			
o. Activar la luz de "cruce"			
p. Iniciar el cruce seguro desde el bordillo/rampa			
q. Esperar en un banco en la parada de autobús por 10 minutos			
r. Franquear de manera segura tres escalones de 12"			
s. Subir los escalones del autobús desde el nivel de la calle sin un bordillo			

14. Verifique si cualquiera de los siguientes se ve afectado por la discapacidad del individuo.

EL INDIVIDUO PUEDE DE MANERA INDEPENDIENTE:	SÍ	NO	A VECES
a. Maniobrar sobre la plataforma del ascensor del autobús			
b. Franquear su camino hacia arriba en una rampa desde el nivel de la calle			
c. Franquear su camino hacia abajo en una rampa hacia el nivel de la calle			
d. Colocar el dinero de la tarifa en la máquina de pasajes			
e. Entregar el pasaje			
f. Estar parado en un autobús en movimiento			
g. Identificar y abordar el autobús correcto			
h. Buscar y preguntar direcciones			
i. Encontrar su camino hacia/desde la parada de autobús o centro de transporte			
j. Transferirse a un segundo autobús			
k. Bajar del autobús en el destino correcto			

___ Desorientación

___ Monitoreo del tiempo

___ Resolución de problemas

___ Juicio

___ Memoria a corto plazo

___ Comunicación

___ Memoria a largo plazo

___ Desempeño inconsistente

___ Forma de caminar o equilibrio

___ Comportamiento social inapropiado

___ Otro (explicar)

15. ¿El entrenamiento sobre la movilidad sería apropiado para este individuo? Explique.

16. ¿Las herramientas de entrenamiento ayudarían con el traslado de rutas fijas (ej: tarjetas de memoria, direcciones de rutas escritas, fotos, etc.)? _____

17. ¿El objetivo de traslado independiente en un sistema de ruta fija (incluso traslado limitado dentro del vecindario) se encuentra dentro del contexto del tratamiento? _____ Sí _____ No

18. Describa cómo el tener acceso a Paratransito se adaptaría mejor al individuo que utilizar el sistema de ruta fija. Incluya cualquier información adicional sobre la capacidad funcional del individuo y/o circunstancias especiales que puedan ayudar en nuestra determinación.

A mi leal saber y entender certifico que esta información es verdadera y correcta.

Firma _____ Título _____

Imprima o escriba el nombre Imprima o escriba el título

Agencia _____ Fecha _____
Dirección _____ Teléfono _____

Extensión _____

Fax _____

Por favor envíe a través de:

Fax: (928) 779-6868
or
Correro: Mountain Line Paratransit/Eligibility
3773 N. Kaspar Dr.
Flagstaff, AZ 86004

Gracias por su tiempo y aporte.