



W-303S  
(Rev. 2/08)

Estado de Connecticut  
Departamento de Servicios Sociales

## Suplemento del Cliente para Información Médica

Usted pidió ayuda al Departamento de Servicios Sociales (DSS, por sus siglas en inglés). Usted pidió ayuda porque tiene problemas de salud y no puede trabajar. Para que el departamento decida que podemos darle ayuda debido a sus problemas de salud, usted tiene que darnos prueba sobre su condición médica.

Su trabajador le dará unas solicitudes que necesitamos para decidir si puede recibir ayuda. El departamento revisará la información que recibimos de su(s) médico(s) y de usted para hacer la decisión. Si necesita ayuda para obtener las solicitudes o con la información enviada del DSS por sus médicos, hable con su trabajador. Su trabajador lo ayudará a obtener la información que usted necesita y a lograr que la información sea devuelta a nosotros.

- Dé la solicitud W-300, "Informe Médico" a su médico para que la llene. Si usted tiene más de un médico, pídale más solicitudes a su trabajador. Dé una a cada uno de sus médicos. Si necesita ayuda para hacer una cita con su médico debido a sus problemas de salud, déjese saber a su trabajador. Él o ella pueden ayudarlo a hacer la cita.
- Esta solicitud, W-303 "Suplemento del Cliente para Información Médica", es para que usted la llene. Úsela para decirnos cómo sus problemas de salud le impiden trabajar. **Esta es su oportunidad para decirnos cualquier cosa que usted desee que sepamos acerca de sus problemas de salud y cómo los mismos le afectan. Asegúrese que llena esta solicitud completamente.** Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, dígaselo a su trabajador. Él o ella le ayudarán a llenarla o llévesela a alguien que pueda ayudarlo.
- Podemos darle una solicitud W-513, "Request for Medical Payment". Le daremos ésta si usted no recibe ya la ayuda médica del DSS. El médico necesita la W-513 para enviar la factura al departamento por sus servicios.
- Firme una solicitud W-303A, "Permiso para Compartir Información Médica" por cada uno de sus médicos.

Una vez que recibimos la información médica, el departamento la revisa y le dejamos saber nuestra decisión. Si usted necesita más información, le dejaremos saber.

Si usted no está de acuerdo con ninguna decisión que nosotros tomamos, usted puede pedir una audiencia justa.

Si no está de acuerdo con la decisión médica que hacemos para el programa de SAGA, usted puede también pedir una reconsideración. Su trabajador estará disponible para darle la solicitud W-1060 "Reconsideración de Petición" que usted necesita.

Esta información está disponible en diferentes formas. Teléfono (800) 842-1508 o TDD/TTY (800) 842-4524.

**Parte A. Háblenos acerca de usted.**

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

ID del Cliente del DSS : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino

1. ¿Escribe con la derecha o con la izquierda?

 Derecha  Izquierda

2. ¿Habla y entiende inglés?

 Sí  No

Si no, ¿cuál es su idioma materno? \_\_\_\_\_

¿Necesita un intérprete?

 Sí  No3. Usted: (marque uno)  Vive con amigos o familia Vive solo  Otro \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es su arreglo de vivienda? (marque uno)

 Casa o apartamento Casa en grupo o casa a medias Asilo de Ancianos Otro \_\_\_\_\_ Sin hogar Si no tiene hogar, ¿vive en un refugio de emergencia?  Sí  No

5. ¿Puede conducir un carro?

 Sí  No

6. ¿Cómo llega de un lugar a otro? (marque todos los que aplican)

 Conduzco un carro  Uso Transporte Público Camino  Dial-a-Ride Me llevan los amigos o parientes

¿Hace transferencia de un autobús/tren/taxi a otro?

 Sí  No¿Necesita ayuda para subir o bajar de un carro, autobús, camión, etc.?  Sí  No

7. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?

\_\_\_\_\_

Pies

\_\_\_\_\_

Pulgadas

8. ¿Cuál es su peso sin zapatos?

\_\_\_\_\_

Libras

9. ¿Tiene problemas con la visión?

 Sí  No

Si su respuesta es afirmativa, ¿usa lentes de contacto o gafas?

 Sí  No

¿Tiene problemas para ver aún usando gafas o lentes de contacto?

 Sí  No

10. ¿Tiene problemas para oír?

 Sí  No

Si su respuesta es afirmativa, ¿usa un aparato para oír?

 Sí  No

**Parte B. Háblenos acerca de su salud.**

1. Díganos cuáles médicos y clínicas ha visitado para estos problemas de salud. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Por favor enumere sus problemas de salud (tales como artritis, problemas cardíacos, VIH, espalda, depresión, etc.)	Nombre del médico o la clínica que lo trata para este problema	Dirección del medico o la clínica (calle, ciudad y estado)	¿Cuándo visitó a este medico o clínica y cuándo es su próxima cita?
			Fecha de la primera visita: _____ Fecha de la última visita: _____ Próxima cita: _____
			Fecha de la primera visita: _____ Fecha de la última visita: _____ Próxima cita: _____
			Fecha de la primera visita: _____ Fecha de la última visita: _____ Próxima cita: _____
			Fecha de la primera visita: _____ Fecha de la última visita: _____ Próxima cita: _____

2. En el ultimo año, ¿ha pasado una noche en el hospital o ha estado en el salón de emergencia de un hospital debido a sus problemas de salud? Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Nombre del Hospital	Dirección del Hospital (ciudad y estado)	Razón para la visita al hospital	Fecha(s) de su(s) visita(s)
			Del: Al:
			Del: Al:
			Del: Al:
			Del: Al:

3. ¿Han empeorado sus problemas de salud?  Sí  No Si su respuesta es afirmativa, por favor explique.

---



---



---

4. ¿Toma medicinas para su problema de salud?  Sí  No  
Si su respuesta es afirmativa, y usted sabe los nombres de estas medicinas, por favor enumérelos \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Díganos cómo estos problemas de salud le impiden trabajar. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Marque cada una de las declaraciones que son verdad.
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Me siento triste la mayor parte del tiempo.   | <input type="checkbox"/> Tengo mucha más energía de lo normal            |
| <input type="checkbox"/> Tengo problemas para dormir. (duermo mucho o muy poco). Me despierto por la noche.        | <input type="checkbox"/> Tengo problemas para concentrarme o para pensar |
| <input type="checkbox"/> No estoy interesado en las actividades que usualmente me gustan.                          | <input type="checkbox"/> Tengo ataques de pánico                         |
| <input type="checkbox"/> Me siento culpable o mísero   | <input type="checkbox"/> Oigo voces cuando no hay nadie                  |
| <input type="checkbox"/> Mi apetito ha cambiado (como mucho o muy poco)  | <input type="checkbox"/> Veo cosas que otros no ven                      |
| <input type="checkbox"/> Creo que las personas tratan de herirme de alguna forma                                   | <input type="checkbox"/> No tengo energía                                |
| <input type="checkbox"/> Me siento nervioso o ansioso (preocupado) todo el tiempo                                  | <input type="checkbox"/> Pienso en hacerme daño                          |
| <input type="checkbox"/> Tengo problemas para estar despierto durante el día.                                      | <input type="checkbox"/> Pienso en hacer daño a otros                    |
| <input type="checkbox"/> Tengo ciertas rutinas (por ejemplo, lavarme las manos) que tengo que hacer una y otra vez |  |
7. ¿Bebe alcohol?  Sí  No  
Si su respuesta es afirmativa, ¿cuánto alcohol bebe? \_\_\_\_\_  
¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
8. ¿Usa drogas?  Sí  No  
Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de drogas usa? \_\_\_\_\_  
¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
9. ¿Ha recibido tratamiento para las drogas o la bebida en los últimos dos años?  Sí  No  
Si su respuesta es afirmativa, por favor describa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Parte C. Díganos lo que usted puede hacer.

1. Díganos ¿cuántas veces puede hacer estas actividades? Marque “A menudo”, “A veces”, o “Nunca” por cada actividad.

A menudo	A veces	Nunca		A menudo	A veces	Nunca	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cargar peso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pararse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agarrar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Empujar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doblarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poner

2. Si puede hacer algunas de estas actividades, marque la caja que dice, “Puedo Hacerlo. Si necesita ayuda para hacer esta actividad, marque la caja que dice, “Necesito Ayuda”.

Puedo Hacerlo	Necesito Ayuda		Puedo Hacerlo	Necesito Ayuda	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comprar alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ejercicios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Planear las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quehaceres domésticos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cocinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contar dinero
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hablar por teléfono
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mirar TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hacer artes manuales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jugar deportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pintar o dibujar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escuchar música	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tejer o hacer ganchillo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Montar en bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coser
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visitar a personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caminar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usar la computadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trotar (correr)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jugar juegos de vídeo			

3. Si tiene problemas para hacer una actividad, marque “Algunos Problemas”. Si tiene muchos problemas para hacerlo marque “Muchos Problemas”.

Algunos Problemas	Muchos Problemas		Por favor díganos los problemas que tiene en cada área
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prestando Atención	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aprendiendo cosas nuevas	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recordando	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organizando	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escuchando	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leyendo	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Saliendo afuera	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Llevándome bien con otros	_____

**Parte D. Díganos acerca de la educación y entrenamiento que ha tenido.**

1. ¿Cuál es el grado más alto que completó en la escuela? (Marque uno)

Ninguno	Grado Escolar:	Escuela Secundaria:	Graduado	Universidad:
0	1 2 3 4 5 6 7 8	9 10 11 12		1 2 3 4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Fecha aproximada cuando completó los estudios: \_\_\_\_\_

2. ¿Estuvo en clases de educación especial?  Sí  No Si su respuesta es afirmativa, por favor díganos cuando estuvo en clases de educación especial y a qué tipo de programa asistió.

\_\_\_\_\_

3. ¿Alguna vez tuvo entrenamiento vocacional (por ej., electricista, chofer de camiones, peluquero, programador de computadora, cocinero, etc.)?  Sí  No Si su respuesta es afirmativa, por favor díganos cuándo estuvo en entrenamiento vocacional y a qué tipo de programa asistió.

\_\_\_\_\_

**Parte E. Díganos lo que ha hecho para trabajar.**

1. Por favor responda a las siguientes preguntas sobre su historia de trabajo.

a. ¿Ha trabajado alguna vez fuera de la casa?  Sí  No

b. Si nunca ha trabajado explique por qué. \_\_\_\_\_

c. ¿Trabaja ahora?  Sí  No

d. Si no, ¿cuándo dejó de trabajar? Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

e. ¿Cuándo comenzaron sus problemas de salud? Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

f. ¿Trabajó alguna vez después que comenzaron sus problemas de salud?  Sí  No

g. Si su respuesta es afirmativa, ¿sus problemas de salud le causaron

Trabajar menos horas?

Cambiar las responsabilidades de su trabajo?

Cambiar de trabajo?

Otra (por favor describa) \_\_\_\_\_

2. Enumere los trabajos que usted tuvo en los últimos 15 años. (Puede usar el reverso de la página 7 si necesita más papel.)

Título del trabajo (por ej., cocinero, chofer de camión, enfermero, secretario, etc.)	Tipo de negocio (por ej., restaurante, fábrica, lavandería, tienda de alimentos, etc.)	Fechas en que trabajó (mes y año)		Horas al día	Días a la semana	Pago	
		Desde Mes/Año	Hasta Mes/Año			Cantidad	Al día, a la semana, al mes o al año
						\$	
						\$	
						\$	
						\$	
						\$	

3. Describa el trabajo que usted hizo por más tiempo o el que usted considera que fue su trabajo principal. ¿Qué hacía todo el día en este trabajo?

---



---

4. Marque y describa las cosas que usted hacía en su trabajo principal.

- ¿Usaba máquinas, herramientas o equipos? \_\_\_\_\_
- ¿Usaba conocimientos o destrezas técnicas? \_\_\_\_\_
- ¿Escribía, completaba informes u otras actividades similares? \_\_\_\_\_
- ¿Supervisaba a otros? \_\_\_\_\_
- Otra (describa) \_\_\_\_\_

5. Díganos cuántas horas al día hacía las siguientes actividades.

_____ Caminar	_____ Arrodillarse (doblando las piernas y apoyándose en ellas)
_____ Pararse	_____ Agacharse (doblando las piernas y la espalda, hacia abajo y hacia adelante)
_____ Sentarse	_____ Gatear (moviendo ambas manos y rodillas)
_____ Encaramarse	_____ Tocar, agarrar o alcanzar grandes objetos
_____ Encorbarse (doblando la cintura hacia abajo y hacia adelante)	_____ Escribir, escribir a máquina o llevar pequeños objetos

6. Marque el peso más pesado que ha cargado.

menos de 10 lbs.     10 lbs.     20 lbs.     50 lbs.     100 lbs. o más    Otro \_\_\_\_\_

7. Marque el peso que levantaba frecuentemente durante el día ( de 1/3 a 2/3 o más del día)

menos de 10 lbs.     10 lbs.     20 lbs.     50 lbs.     100 lbs. o más    Otro \_\_\_\_\_

8. Por favor díganos lo que usted podía hacer en el trabajo antes que ya no puede hacer debido a sus problemas de salud.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Use este espacio para darnos cualquier información adicional que usted desee que tengamos acerca de sus problemas de salud o de su capacidad para trabajar. **Esta es su oportunidad para decirnos todo lo que desee que sepamos acerca de sus problemas de salud.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor firme y feche esta solicitud y devuélvala a su trabajador del DSS tan pronto como sea posible.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Muy Importante

Para tomar una decisión, necesitamos tener información de sus médicos, clínicas y hospitales que lo han tratado. No podemos hacer esto a menos que usted nos dé su permiso firmando la solicitud W-303A de "Autorización para Ceder Información del Médico Examinador". Asegúrese que firma una autorización para ceder información por cada médico, clínica y hospital que haya enumerado. Pídale a su trabajador si necesita más solicitudes.