

Cuestionario para Médicos Profesionales para la Elegibilidad SMART ADA Paratransito

Parte 2.- El Solicitante llena y firma la Página 1 (Autorización del Médico Profesional).

Fecha: _____

Estimado _____,
(Medico Profesional)

Yo, _____, le pedí a SMART que determinara mi elegibilidad
(nombre del solicitante)

para usar sus autobuses SMART de ruta fija o su servicio de paratransito Dial-A-Ride.

Declaración HIPAA: Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento de atención médica de su parte. Sin embargo, puede afectar la capacidad de SMART para determinar mi elegibilidad para los servicios de paratransito. Entiendo que puedo cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento. La cancelación no afectará ninguna información que haya revelado antes de la cancelación. Esta autorización vencerá un año a partir de la fecha de esta carta. Entiendo que la información divulgada puede estar sujeta a nueva divulgación y ya no estar protegida por las leyes federales y estatales.

Firma del paciente o representante legal

Número de contacto

Relación con el paciente (si corresponde)

Si revoco esta autorización, le enviaré una solicitud por escrito con una copia de este formulario a la dirección a continuación.

Enviar a:

**SMART
ATTN: Supervisor de Tránsito
29799 SW Town Center Loop E.
Wilsonville, OR 97070**

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar la solicitud,
comuníquese con nosotros al **(503) 682-7790.**

Páginas 2 y 3: Deben ser completadas por su Médico Profesional:

Nombre: _____ / _____ / _____
Primer Inicial media Apellido Fecha de Nacimiento

¿Qué es SMART Dial-A-Ride ADA Paratransit y quién es elegible?

SMART Dial-A-Ride es el servicio de paratransito complementario de la Acta de Americanos con Discapacidades (ADA) para el área de Wilsonville. SMART Dial-A-Ride es un servicio de transporte público de viaje compartido de origen a destino para personas con discapacidades que no pueden utilizar el servicio de autobús de ruta fija SMART debido a limitaciones funcionales significativas. Las siguientes características del sistema de autobuses SMART permiten que muchas personas con discapacidades utilicen estas rutas:

- Los autobuses SMART de ruta fija están equipados con una rampa y/o ascensor. Esto ayuda a evitar subir escalones si el solicitante no puede.
- Sistema de anuncios que identifica las principales paradas y transbordos de autobús.
- Letreros de lectura que brindan una señal visual para los pasajeros con discapacidad auditiva.
- Asientos prioritarios: un área exclusiva para personas mayores y con discapacidad.
- Mejoras en las paradas de autobús, incluye rampas en las aceras en las intersecciones y la adición de bancos y refugios en muchos lugares.

Tenga en cuenta: La elegibilidad para el servicio de paratransito no se basa en la edad, la incapacidad para conducir o la falta de disponibilidad o inconvenientes del servicio de autobús de ruta fija SMART.

Este Cuestionario para Médicos Profesionales se utilizará para ayudar a determinar qué servicio SMART satisface mejor las necesidades del solicitante.

1. Capacidad en la que conoce al solicitante: _____
2. ¿El solicitante utiliza alguno de los siguientes dispositivos para ayudar con sus necesidades de movilidad?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Scooter eléctrico | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Animal de servicio |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Respirador |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil | <input type="checkbox"/> Reposapiés extendidos | <input type="checkbox"/> Tablero del |
| <input type="checkbox"/> Tablero de imágenes | <input type="checkbox"/> Dispositivo protésico | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | alfabeto |

3. ¿Tiene el solicitante alguna condición o diagnóstico relacionado con la salud que le dificulte o impida el uso de los autobuses SMART de ruta fija? Sí No

Nombre: _____ / _____ / _____
 Primer Inicial media Apellido Fecha de Nacimiento

4. Responda lo siguiente marcando "sí", "no" o "inseguro", si su paciente tiene o no "limitaciones funcionales" que puedan dificultar o impedirle el uso de los autobuses SMART de ruta fija:

HABILIDADES FISICAS: ¿Está el paciente dentro de los límites normales de:	SÍ	NO	N/A Inseguro
Velocidad al Caminar – <i>No es inusualmente rápido o lento</i>			
Distancia para Caminar – <i>Puede deambular un cuarto de milla</i>			
Resistencia – <i>es capaz de completar un viaje en autobús de forma segura e independiente</i>			
Coordinación y Equilibrio – <i>es estable, no presenta riesgo de caída</i>			
Fuerza – <i>es lo suficientemente fuerte para viajar de forma segura e independiente</i>			
Marcha – <i>es normal, sin obstáculos o perturbaciones que afecten el viaje</i>			
Rango de Movimiento – <i>no presenta dificultades de deambulación que afecten el viaje</i>			
Destreza – <i>no presenta dificultades de deambulación que afecten el desplazamiento</i>			
Subir Escalones – <i>¿puede el paciente subir tres escalones de 12" de forma independiente?</i>			
Esperar Afuera – <i>¿puede el paciente esperar afuera de forma independiente durante 10 mins.?</i>			
Ayudas para la Movilidad - <i>¿el paciente domina el uso de sus ayudas de movilidad?</i>			
<u>FUNCIONES SENSORIALES: Es el paciente:</u>	SÍ	NO	N/A Inseguro
¿Orientado y consciente de su espacio personal?			
¿Capaz de detectar cambios en las superficies (<i>táctiles</i>)?			
¿Capaz de detectar señales ambientales (<i>ver, oír, sentir</i>)?			
Agudeza visual con mejor corrección: (<i>si hay información disponible</i>) Ojo derecho: _____ Ojo izquierdo: _____ Ambos ojos: _____			
Campos visuales: Ojo derecho: _____ Ojo izquierdo: _____ Ambos ojos: _____			
<u>HABILIDADES COGNITIVAS: El paciente posee:</u>	SÍ	NO	N/A Inseguro
Habilidades de orientación – <i>¿capacidad de orientarse hacia una persona/lugar/cosa?</i>			
Habilidades de juicio/seguridad – <i>¿adecuado para viajar seguro e independiente?</i>			
Habilidad de resolver problemas – <i>¿adecuado para viajar seguro e independiente?</i>			
Habilidades de afrontamiento – <i>¿adecuado para viajar seguro e independiente?</i>			
Memoria de corto plazo – <i>¿adecuado para viajar seguro e independiente?</i>			
Memoria a largo plazo – <i>¿adecuado para viajar seguro e independiente?</i>			
Atención a la tarea – <i>¿adecuado para viajar seguro e independiente?</i>			
Comportamiento público- <i>¿capaz de mantener una conducta apropiada en un entorno público?</i>			
Habilidades de orientación – <i>¿adecuado para viajar seguro e independiente?</i>			
Habilidades de comunicación – <i>¿adecuado para viajar seguro e independiente?</i>			
¿Capacidad para reconocer y responder a situaciones peligrosas?			
¿Capacidad para afrontar situaciones inesperadas o cambios sin ayuda?			
¿Capacidad para proporcionar o decir la dirección postal y el número de teléfono a pedido?			
¿Capacidad para reconocer destinos o puntos de referencia?			
¿Capacidad para pedir, comprender y seguir instrucciones?			
¿Capacidad para viajar de manera segura y efectiva a través de instalaciones complejas o abarrotadas?			

Nombre: _____ / _____ / _____
Primer Inicial media Apellido Fecha de Nacimiento

5. ¿Estas limitaciones funcionales son: permanentes temporales

Si es temporal, ¿por cuánto tiempo? _____

Firma del proveedor de atención médica: _____

Nombre del proveedor de atención médica: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____

Dirección de la oficina: _____

*** El médico profesional debe firmar este formulario.***