

LEY SOBRE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES (ADA) / EVALUACIÓN DE NECESIDADES ESPECIALES

Personal de PSV: Complete este formulario oportunamente con el paciente o acompañante y escaneelo para colocarlo en la historia clínica electrónica del paciente. Complete un formulario por persona que requiere adaptaciones.

Paciente o Acompañante: Si usted o algún acompañante que ayuda en su cuidado tiene una necesidad especial, indique a continuación:

La situación médica del paciente no permite que se complete en este momento.

	Paciente	Acompañante/Tutor Legal
¿Es sordo o tiene problemas graves de audición?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es ciego o tiene problemas graves de visión, incluso si utiliza anteojos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene dificultades graves para caminar o subir escaleras? (5 años o mayores)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene otras necesidades especiales o discapacidades que requieran servicios o adaptaciones durante su visita de hoy?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si ha indicado una necesidad anteriormente, ¿usted o su acompañante necesitan servicios o adaptaciones relacionadas con sus necesidades identificadas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Describa el tipo de adaptación que solicita:

¿Tiene instrucciones especiales para los proveedores de atención médica? De ser así, descríbalas a continuación:

Notas del Personal sobre las adaptaciones realizadas: **(Personal de PSV: Describa con detalles la(s) adaptación(es) solicitada(s) y los servicios prestados.)**

Al firmar a continuación, declaro que: (i) se me ha dado la oportunidad de comunicar si yo y/o mi acompañante tenemos una discapacidad o necesidad especial que requiere adaptación; (ii) he tenido la oportunidad de comunicar mis necesidades al personal conforme a lo indicado anteriormente y que las selecciones anteriores son ciertas, exactas y completas; (iii) entiendo que Pediatric Specialists of Virginia hará su mejor esfuerzo para atender mis peticiones y que las adaptaciones provistas serán gratuitas; (iv) se me ha ofrecido / dado una copia del folleto de Derechos del Paciente que contiene información para presentar una queja si no estoy satisfecho con las adaptaciones solicitadas durante mi visita de hoy.

Firma del Paciente/Representante del Paciente/Acompañante

Fecha

Hora

En letra de imprenta: _____

Vínculo con el Paciente: Paciente Padre/Madre Familiar Amigo Otro _____

Firma de Empleado Testigo

Fecha

Hora

En letra de imprenta: _____

Identificación del Paciente

Si la etiqueta no está disponible, complete:

Nombre del Paciente _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

HISTORIA CLÍNICA N.º _____