

## 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 \_\_\_\_\_