

Informe de discapacidad - Niño – SSA-3820-BK

Lea toda esta información antes de comenzar a completar este formulario

Esta no es una aplicación

Si necesitas ayuda

Si necesita ayuda con este formulario, complete todo lo que pueda y su entrevistador lo ayudará a terminarlo.

Cómo completar este formulario

- Complete todo lo que pueda de este formulario antes de su cita para la entrevista. Imprima o escriba con claridad.
- **NO DEJE LAS RESPUESTAS EN BLANCO.** Si no conoce las respuestas, o la respuesta es "ninguna" o "no se aplica", escriba: "no sé" o "ninguno" o "no se aplica".
- **EN LA SECCIÓN 4, PONGA LA INFORMACIÓN ÚNICAMENTE UN MÉDICO/HMO/TERAPEUTA/OTRO/HOSPITAL/CLÍNICA EN CADA ESPACIO.**
- Cada dirección debe incluir un código postal. Cada número de teléfono debe incluir un código de área.
- **NO PIDA A UN MÉDICO O HOSPITAL QUE COMPLETE EL FORMULARIO.** Sin embargo, puede obtener ayuda de otras personas, como un amigo o un familiar.
- Si su cita es para una entrevista por teléfono, tenga el formulario listo para discutir con nosotros cuando lo llamemos.
- Si su cita es para una entrevista en nuestra oficina, traiga el formulario completo con usted o envíelo por correo con anticipación, si se le indicó que lo hiciera.
- Asegúrese de explicar una respuesta, si la pregunta pide una explicación o si desea brindar información adicional.
- Si necesita más espacio para responder alguna pregunta o si desea darnos más información sobre una respuesta, utilice la Sección 10, "FECHA Y OBSERVACIONES", en las páginas 13 y 14, y muestre el número de la pregunta que se responde.

Acerca de los registros médicos y de otro tipo del niño

Si tiene alguno de los siguientes registros del niño en casa, envíelos a nuestra oficina con los formularios completados o tráigalos a la entrevista. Si necesita que le devuelvan los registros, avísenos, los fotocopiamos y se los devolveremos.

- Los registros médicos del niño
- Copias de las recetas o envases de medicamentos del niño
- El programa de educación individualizado (IEP, siglas en inglés) del niño
- Plan de servicio familiar individualizado (IFSP, siglas en inglés) del niño

NO NECESITA PEDIR A LOS MÉDICOS NI A LOS HOSPITALES NINGÚN EXPEDIENTE MÉDICO QUE YA NO TIENE. Con su permiso, lo haremos por usted. La información que solicitamos en este formulario nos indica a quién solicitar registros médicos y de otro tipo. Si no puede recordar los nombres y direcciones de ninguno de los médicos u hospitales, o las fechas de tratamiento, tal vez pueda obtener esta información en la guía telefónica o en facturas médicas, recetas y envases de medicamentos.

NOTA IMPORTANTE: Todos los documentos para Seguro Social tienen que estar en inglés. Esta forma en español no funcionara para el inicio del proceso.

**Declaración de la ley de privacidad
Recopilación y uso de información personal**

Las secciones 205(a), 1631(e)(1) y 223(d)(5)(A) de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos permiten recopilar esta información. Proporcionarnos esta información es voluntario. Sin embargo, no proporcionar toda o parte de la información puede afectar la decisión sobre el reclamo.

Usaremos la información para tomar una decisión con respecto a si un niño es elegible para recibir pagos de beneficios. También podemos compartir su información para los siguientes propósitos, llamados usos de rutina:

1. A agencias federales, estatales o locales que realizan negocios con la Administración del Seguro Social (SSA, siglas en ingles) y se determina que la revelación de registros es relevante y necesaria; y la revelación es compatible con la razón por la que se recopilaron los registros;
2. A contactos de terceros cuando se necesite información adicional sobre el niño o verificación de elegibilidad para los beneficios; y
3. A los trabajadores que realizan trabajos para la SSA según lo autorizado por la ley y que técnicamente no tienen la condición de empleados federales; y otras agencias federales para ayudar a la SSA en la administración eficiente de sus programas.

Además, podemos compartir esta información de acuerdo con la Ley de Privacidad y otras leyes federales. Por ejemplo, cuando esté autorizado, podemos usar y revelar esta información en programas de comparación de computadoras, en los que nuestros registros se comparan con otros registros para establecer o verificar la elegibilidad de una persona para los programas de beneficios federales y para el pago de deudas incorrectas o morosas en virtud de estos programas.

Una lista de usos rutinarios adicionales está disponible en nuestro Aviso de Sistema de Registros de la Ley de Privacidad (SORN, siglas en ingles) 60-0089, titulado Sistemas de Carpetas de Reclamos. Información adicional y una lista completa de todos nuestros SORN están disponibles en nuestro sitio web en www.socialsecurity.gov/foia/bluebook.

Declaración de la Ley de reducción de trámites: - esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según enmendada por la sección 2 de la Ley de Reducción de Trámites de 1995. No es necesario que responda estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, siglas en ingles). Estimamos que le tomará alrededor de 90 minutos leer las instrucciones, recopilar los hechos y responder las preguntas. Envíe únicamente los comentarios relacionados con nuestro tiempo estimado anterior a: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401.

Informe de discapacidad: Niño

Sección 1 - Información sobre el niño

A. Nombre del niño (*nombre, inicial del segundo nombre, apellido*) B. Número de seguro social del niño

C. Su nombre (*si es una agencia, proporcione el nombre de la agencia y la persona de contacto*)

Su dirección postal (*número y calle, número de apartamento (si corresponde), apartado postal o ruta rural*)

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Su dirección de correo electrónico (opcional)

D. Su número de teléfono durante el día (Si no tiene un número de teléfono donde podamos comunicarnos con usted, denos un número durante el día donde podamos dejarle un mensaje)

Código de área *Número* Tu número Número de mensaje Ninguno

E. ¿Cuál es su relación con el niño?

F. ¿Puede hablar y comprender el inglés? Si No Si la respuesta es "No", ¿cuál es su idioma preferido?

NOTA: Si no puede hablar y entender inglés, le proporcionaremos un intérprete sin cargo. **Si no puede hablar y entender inglés** ¿hay alguien con quien podamos comunicarnos que hable y comprenda inglés y que le dé mensajes?

Si (*Ingrese nombre, dirección, número de teléfono, parentesco*) No

Nombre: _____ Relación con el niño: _____

Dirección: _____
(Número, calle, número de apartamento (si corresponde), apartado postal o ruta rural)

Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono durante el día	Código de área	Número	

¿Puedes leer y entender inglés? Si No

G. ¿Vive el niño con usted? Si No Si la respuesta es "No", ¿con quién vive el niño?

Nombre: _____ Relación con el niño: _____

Dirección: _____
(Número, calle, número de apartamento (si corresponde), apartado postal o ruta rural)

Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono durante el día	Código de área	Número	

¿Esta persona puede hablar y entender inglés? Si No

Si la respuesta es "No", ¿cuál es el idioma preferido de esta persona?

¿Puede esta persona leer y entender inglés? Si No

Sección 1 - Información sobre el niño

H. ¿Puede el niño hablar y entender inglés? Si No

Si la respuesta es "No", ¿cuál es el idioma preferido de esta persona? _____

Si el niño entiende otros idiomas, indíquelos aquí. _____

I. ¿Cuál es la altura del niño (sin zapatos)?

¿Cuál es el peso del niño (sin zapatos)?

J. ¿Tiene el niño una tarjeta de **asistencia médica**? Si No

Si la respuesta es "Sí", muestre el **número** aquí: _____

Sección 2 - Información de contacto

A. ¿Tiene el niño un tutor legal o custodio que no sea usted?

Si (*Ingrese nombre, dirección, número de teléfono, parentesco*) No

Nombre: _____

Dirección: _____

(Número, calle, número de apartamento (si corresponde), apartado postal o ruta rural)

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono durante el día _____

Código de área

Número

Relación con el niño: _____

¿Esta persona puede **hablar y entender inglés**? Si No

Si la respuesta es "No", ¿cuál es el idioma preferido de esta persona? _____

¿Puede esta persona **leer y entender inglés**? Si No

B. ¿Hay otro adulto que ayude a cuidar al niño y pueda ayudarnos a obtener información sobre el niño si es necesario?

Si (*Ingrese nombre, dirección, número de teléfono, parentesco*) No

Nombre de contacto: _____

Dirección: _____

(Número, calle, número de apartamento (si corresponde), apartado postal o ruta rural)

Ciudad

Estado

Código postal

Relación con el niño: _____

¿Esta persona puede **hablar y entender inglés**? Si No

Si la respuesta es "No", ¿cuál es el idioma preferido de esta persona? _____

¿Puede esta persona **leer y entender inglés**? Si No

Sección 4 - Información sobre los registros médicos del niño

Díganos quién puede tener registros médicos u otra información sobre las enfermedades, lesiones o afecciones del niño.

C. Enumere cada **médico/Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, siglas en ingles)/terapeuta/ otro**. Incluya la **próxima cita del niño**.

1. Nombre			Fechas
Dirección			Primera visita
Ciudad	Estado	Código postal	Última visita
Teléfono	El ID del paciente (si se conoce)		Próxima cita
<i>Código de área</i>	<i>Número</i>		
Razones de las visitas			
¿Qué tratamiento recibió?			

2. Nombre			Fechas
Dirección			Primera visita
Ciudad	Estado	Código postal	Última visita
Teléfono	El ID del paciente (si se conoce)		Próxima cita
<i>Código de área</i>	<i>Número</i>		
Razones de las visitas			
¿Qué tratamiento recibió?			

Sección 4 - Información sobre los registros médicos del niño

Médico/Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, siglas en ingles)/terapeuta/otro

3. Nombre			Fechas	
Dirección			Primera visita	
Ciudad	Estado	Código postal	Última visita	
Teléfono		El ID del paciente (si se conoce)	Próxima cita	
Código de área	Número			
Razones de las visitas				
¿Qué tratamiento recibió?				

Si necesita más espacio, use la Sección 10.

D. Enumere cada **hospital/clínica**. Incluya la **próxima cita** del niño.

1.	Hospital / Clínica	Tipo de visita	Fechas		
	Nombre	<input type="checkbox"/> Estancias hospitalarias <i>(permaneció al menos una noche)</i>	Fecha de entrada	Fecha de salida	
	Dirección		<input type="checkbox"/> Visitas Paciente externo <i>(enviadas a casa el mismo día)</i>		
	Ciudad	<input type="checkbox"/> Visitas a la sala de emergencias		Fecha de la primera visita	Fecha de la última visita
	Estado ZIP				
	Teléfono		Fechas de visitas		
	Código de área Número				
	Próxima cita	El número del hospital / clínica infantil			
	Razones de las visitas				
	¿Qué tratamiento recibió el niño?				
	¿Qué médicos ve el niño en este hospital/clínica con regularidad?				

Sección 4 - Información sobre los registros médicos del niño

Hospital/Clínica

2. Hospital / Clínica	Tipo de visita	Fechas	
Nombre	<input type="checkbox"/> Estancias hospitalarias <i>(permaneció al menos una noche)</i>	Fecha de entrada	Fecha de salida
Dirección			
Ciudad	<input type="checkbox"/> Visitas Paciente externo <i>(enviadas a casa el mismo día)</i>		
Estado Código postal			
Teléfono	<input type="checkbox"/> Visitas a la sala de emergencias	Fecha de la primera visita	Fecha de la última visita
Código de área Número		Fechas de visitas	

Próxima cita _____ El número del hospital / clínica infantil _____

Razones de las visitas _____

¿Qué tratamiento recibió el niño? _____

¿Qué médicos ve el niño en este hospital/clínica con regularidad? _____

Si necesita más espacio, use la Sección 10.

E. ¿Alguien más tiene registros médicos o información sobre las enfermedades, lesiones o condiciones del niño (padres adoptivos, trabajadores sociales, consejeros, tutores, enfermeras escolares, centros de detención, abogados, compañías de seguros y/o compensación laboral), o el niño tiene programado ver a alguien más?

Sí (Si es "Sí", complete la información a continuación). No

Nombre	Fechas		
Dirección	Primera visita		
Ciudad	Estado	Código postal	Ultima vez visto
Teléfono	Código de área Número		Próxima cita

Número de reclamación (si corresponde) _____

Razones de las visitas _____

Si necesita más espacio, use la Sección 10.

Sección 5 - Medicamentos

¿El niño toma actualmente algún **medicamento** para enfermedades, lesiones o condiciones? Si No

Si la respuesta es "Sí", díganos lo siguiente: *(Mire los envases de medicamentos del niño, si es necesario)*

Nombre de la medicina	Si está recetado, proporcione el nombre del médico	Razón de la Medicina	Efectos secundarios que tiene el niño

Si necesita más espacio, use la Sección 10.

Sección 6 - Pruebas/Análisis/Exámenes

¿El niño ha tenido, o tendrá, algún **examen médico** para detectar enfermedades, lesiones o afecciones?

Si No Si es "Sí", díganos lo siguiente: *(dar fechas aproximadas, si es necesario)*

Tipo de prueba	Cuándo se realizaron/se realizarán las pruebas <i>(mes, día, año)</i>	Dónde se hace <i>(nombre de la instalación)</i>	Quién envió al niño para esta prueba
ECG/EKG (prueba cardíaca)			
Rueda de andar (prueba de esfuerzo)			
Cateterización cardíaca			
Biopsia - nombre de la parte del cuerpo			
Habla/Lenguaje			
Prueba de audición			
Prueba de visión			
Pruebas de coeficiente intelectual			
EEG <i>(prueba de ondas cerebrales)</i>			
Prueba de VIH			
Análisis de sangre (no VIH)			
Prueba de respiración			
Rayos X - Nombre de la parte del cuerpo			
MRI/CAT Scan - nombre de la parte del cuerpo			

Si necesita más espacio, use la Sección 10.

Sección 7 - Información adicional

A. ¿El niño ha sido examinado o examinado por alguno de los siguientes?

- Head Start (Título V) Si No
- Departamento de Salud Pública o Comunitaria Si No
- Agencia de Bienestar Infantil (Child Welfare) o Servicio Social o WIC Si No
- Servicios de intervención temprana Si No
- Programa para niños con necesidades especiales de atención médica Si No
- Centro de salud mental/discapacidades del desarrollo Si No

B. ¿Ha recibido el niño rehabilitación vocacional u otros servicios de apoyo laboral para ayudarlo a ir a trabajar?

Si No

Si respondió "Sí" a cualquiera de las A o B anteriores, complete la C. a continuación:

C. 1. Nombre de la agencia _____

Dirección _____

(Número, calle, número de apartamento (si corresponde), apartado postal o ruta rural)

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Numero de Teléfono _____	<i>Código de área</i>	<i>Número</i>
--------------------------	-----------------------	---------------

Tipo de prueba _____	Cuando se hizo _____
----------------------	----------------------

Tipo de prueba _____	Cuando se hizo _____
----------------------	----------------------

Número de archivo o registro _____

2. Nombre de la agencia _____

Dirección _____

(Número, calle, número de apartamento (si corresponde), apartado postal o ruta rural)

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Numero de Teléfono _____	<i>Código de área</i>	<i>Número</i>
--------------------------	-----------------------	---------------

Tipo de prueba _____	Cuando se hizo _____
----------------------	----------------------

Tipo de prueba _____	Cuando se hizo _____
----------------------	----------------------

Número de archivo o registro _____

Si necesita más espacio, use la Sección 10.

Sección 8 - Educación

A. ¿Está este niño matriculado actualmente en alguna escuela? Sí, grado: _____ No (demasiado joven)
 No, otra razón (complete B)

B. Otras razones por las que el niño no está inscrito en la escuela:

C. Escriba el nombre de la escuela a la que asiste actualmente el niño y las fechas a las que asistió. Si el niño ya no está en la escuela, indique el nombre de la última escuela a la que asistió y proporcione las fechas a las que asistió.

Nombre de Escuela _____

Dirección _____

(Número, calle, número de apartamento (si corresponde), apartado postal o ruta rural)

Ciudad

Estado

Código postal

Numero de Teléfono

Código de área

Número

Fechas a las que asistió _____

Nombre del profesor/Maestro/a _____

¿El niño ha sido examinado para detectar problemas de comportamiento o de aprendizaje? Sí No

Si respondió "Sí", complete lo siguiente:

Tipo de prueba _____

Quando se hizo _____

Tipo de prueba _____

Quando se hizo _____

¿Está el niño en educación especial? Sí No

Si es "Sí", y es diferente a lo anterior, proporcione:

Nombre del maestro de educación especial _____

¿Está el niño en terapia del habla/lenguaje? Sí No

Si es "Sí", y es diferente a lo anterior, proporcione:

Nombre del terapeuta del habla/lenguaje _____

Sección 8 - Educación

D. Escriba el nombre de la escuela a la que asiste actualmente el niño y las fechas a las que asistió. Si el niño ya no está en la escuela, indique el nombre de la última escuela a la que asistió y proporcione las fechas a las que asistió.

Nombre de Escuela _____

Dirección _____

(Número, calle, número de apartamento (si corresponde), apartado postal o ruta rural)

 Ciudad Estado Código postal

Numero de Teléfono _____

Código de área Número

Fechas a las que asistió _____

Nombre del profesor/Maestro/a _____

¿El niño ha sido examinado para detectar problemas de comportamiento o de aprendizaje? Si No

Si respondió "Sí", complete lo siguiente:

Tipo de prueba _____ Cuando se hizo _____

Tipo de prueba _____ Cuando se hizo _____

¿Está el niño en educación especial? Si No

Si es "Sí", y es diferente a lo anterior, proporcione:

Nombre del maestro de educación especial _____

¿Está el niño en terapia del habla/lenguaje? Si No

Si es "Sí", y es diferente a lo anterior, proporcione:

Nombre del terapeuta del habla/lenguaje _____

Si el niño ha tenido otras pruebas, indíquelas en la Sección 10.

E. ¿Asiste el niño a una guardería/preescolar? Si No

Si respondió "Sí", complete lo siguiente:

Nombre de la guardería/preescolar/cuidador _____

Dirección _____

(Número, calle, número de apartamento (si corresponde), apartado postal o ruta rural)

 Ciudad Estado Código postal

Numero de Teléfono _____

Código de área Número

Fechas a las que asistió _____

Nombre del profesor/Maestro/a _____

Sección 9 - Historial laboral

A. ¿Ha trabajado el niño alguna vez (incluido el trabajo protegido)? Si No

Si respondió "Sí", complete lo siguiente:

Fechas trabajadas _____

Nombre del empleador _____

Dirección _____

(Número, calle, número de apartamento (si corresponde), apartado postal o ruta rural)

Ciudad

Estado

Código postal

Numero de Teléfono

Código de área

Número

Nombre del Supervisor/a

B. Indique el título del trabajo y describa brevemente el trabajo y cualquier problema que el niño pueda haber tenido al realizar el trabajo.

Sección 10 - Fecha y Comentarios

Indique la fecha en que completó este informe de discapacidad.

Fecha (DD/MM/AAAA)

Utilice esta sección para obtener información adicional sobre su hijo.

