
Informe de función - Niño de 1 a 3er cumpleaños

Rellenar el informe de funciones

SI NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR CUALQUIER PARTE DE ESTE FORMULARIO, COMUNÍQUESE CON SU OFICINA DEL SEGURO SOCIAL. TE AYUDAREMOS.

La información que nos proporcionen este formulario será utilizada por la oficina que toma la decisión de discapacidad sobre el reclamo del niño. Puedes ayudarlos completando la mayor parte del formulario que puedas.

- Imprimir o escribir.
- No le pida a un médico u hospital que complete este formulario.
- Asegúrese de explicar su respuesta si se solicita o necesita una explicación.
- Si se necesita más espacio para responder a cualquiera de las preguntas, utilice la sección "OBSERVACIONES" y muestre el número de la pregunta que se está respondiendo.

La información que solicitamos en este formulario nos dice cómo cree que las enfermedades o lesiones del niño afectan la forma en que realiza muchas de sus actividades habituales.

**POR FAVOR, ELIMINE ESTA HOJA ANTES DE
DEVOLVER EL FORMULARIO COMPLETADO.**

Declaración de la Ley de Privacidad

Recopilación y uso de información personal

Las secciones 205(a), 223(d) y 1631(e)(1) de la Ley del Seguro Social, según enmendadas, nos autorizan a recopilar esta información. Utilizaremos la información que proporcione en nombre del menor de edad para determinar su elegibilidad para el beneficio.

Proporcionarnos la información es voluntario. Sin embargo, no proporcionarnos toda o parte de la información solicitada puede impedirnos tomar una decisión precisa y oportuna sobre la reclamación.

Rara vez utilizamos la información para otro propósito que no sea para tomar una decisión con respecto a los derechos a los beneficios. Sin embargo, podemos usarlo para la administración e integridad de nuestros programas. También podemos divulgar la información a otra persona o a su agencia de acuerdo con los usos rutinarios aprobados, incluidos, entre otros, los siguientes:

1. Para permitir que un tercero o una agencia nos ayude a establecer derechos sobre nuestros beneficios y cobertura;
2. Para cumplir con las leyes federales que requieren la divulgación de información de nuestros registros (por ejemplo, a la Oficina de Responsabilidad Gubernamental y al Departamento de Asuntos de Veteranos);
3. Para hacer determinaciones de elegibilidad en programas similares de salud y mantenimiento de ingresos a nivel federal, estatal y local; y
4. Para facilitar las actividades de investigación estadística, auditoría e investigación necesarias para garantizar la integridad y mejora de nuestros programas (por ejemplo, a la Oficina del Censo y a entidades privadas bajo contrato con nosotros).

También podemos utilizar la información que usted proporciona en programas de emparejamiento de computadora. Los programas de emparejamiento comparan nuestros registros con los registros mantenidos por otras agencias gubernamentales federales, estatales o locales. Utilizamos la información de estos programas para establecer o verificar la elegibilidad de una persona para los programas de beneficios administrados por el gobierno federal y para el reembolso de pagos incorrectos o deudas morosas bajo estos programas.

Una lista completa de los usos rutinarios de esta información está disponible en nuestro Sistema de Avisos de Registros de la Ley de Privacidad titulado, Sistemas de Carpetas de Reclamos, 60-0089. Información adicional sobre este y otros avisos del sistema de registros y nuestros programas están disponibles en línea en www.socialsecurity.gov o en su oficina local del Seguro Social.

Declaración de la Ley de Reducción de Papeleo - Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. §3507, modificada por la Sección 2 de la Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No es necesario que responda a estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Estimamos que tomará unos 20 minutos leer las instrucciones, recopilar los hechos y responder las preguntas. **ENVÍE O TRAIGA EL FORMULARIO COMPLETO A SU RED SOCIAL LOCAL OFICINA DE SEGURIDAD.** La oficina aparece en la lista de agencias del gobierno de los Estados Unidos en su directorio telefónico o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). Puede enviar comunicaciones sobre nuestra estimación de tiempo anterior a: SSA, 6401 Security Boulevard, Baltimore, MD 21235-6401. **Envíe solo comentarios relacionados con *nuestra estimación de tiempo a esta dirección, no el formulario completo.***

INFORME DE FUNCIÓN - NIÑO DE 1 A 3ER CUMPLEAÑOS

SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

1.	A. Imprima el NOMBRE DEL NIÑO :		
	PRIMER	MEDIO	ÚLTIMO

	B. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL NIÑO :		

	C. FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO :		
	Mes/Día/Año		

	D. PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO		
	NOMBRE:		

RELACIÓN CON EL NIÑO:			

FECHA DE CUMPLIMENTACIÓN DEL FORMULARIO:			
Mes/Día/Año			

NÚMERO DE TELÉFONO DE DÍA <i>(incluido el código de área)</i> :			

DIRECCIÓN POSTAL <i>(Número y Calle, Apt. No. (si lo hubiera), Apartado postal o Ruta Rural)</i> :			

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
_____	_____	_____	

SECCIÓN 2 - DETALLES DE LA FUNCIÓN

<p>2. A. ¿El niño tiene problemas para ver?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (Continuar) NO</p> <p><input type="checkbox"/> (Vaya a 2.B.)</p>	<p>Si es así, marque todas las declaraciones a continuación que generalmente son ciertas sobre el niño:</p> <p><input type="checkbox"/> El niño usa anteojos o lentes de contacto. Si el niño tiene problemas para ver incluso con anteojos o lentes de contacto, por favor explique:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Al niño no se le pueden colocar anteojos o lentes de contacto. Explicar:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> El niño tiene otros problemas de visión. En caso afirmativo, sírvase describir:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>B. ¿El niño tiene problemas para oír?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (Continuar)</p> <p><input type="checkbox"/> NO (Vaya a 2.C.)</p>	<p>Si es así, marque todas las declaraciones a continuación que generalmente son ciertas sobre el niño:</p> <p><input type="checkbox"/> El niño usa audífono(s). Si el niño tiene problemas para oír incluso con un audífono o tiene problemas para usar un audífono, explique:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> El niño no puede ser equipado para audífonos</p> <p><input type="checkbox"/> El niño tiene otros problemas de audición. En caso afirmativo, sírvase describir:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Niño usa lenguaje de señas americano</p> <p><input type="checkbox"/> Niño lee labios</p>

2. C. ¿Es el niño totalmente incapaz de hablar?

Sí (Vaya a 2.D.)

NO (Continuar)

¿El niño tiene problemas para hablar (por ejemplo, decir palabras simples)?

Sí (responda a las preguntas a continuación)

No (continúe con la pregunta 2.D.)

Si es así, marque todas las **declaraciones** a continuación que generalmente son ciertas sobre el niño:

Dice palabras simples como "él", "botella", "perrito"

Usa frases de dos palabras, como "mami ve" o "empujar juguete"

Utiliza oraciones cortas de 4 o más palabras, como "¿Puedo salir?"

Tiene un vocabulario de al menos 50 palabras

Para cada una de las dos instrucciones siguientes, marque el bloque que mejor describa al niño y, a continuación, describa cualquier otro problema del habla:

El habla del niño puede ser entendida por personas que conocen bien al niño:

La mayoría de las veces, o

Algunas veces, o

Casi nunca

El habla del niño puede ser entendida por personas que no lo conocen bien:

La mayoría de las

veces, o algunas

veces, o Casi nunca

Si el niño tiene otros problemas para hablar, por favor explique:

2. E. ¿Son limitadas las capacidades físicas del niño?
- Sí (Continuar)
- NO (Vaya a 2.F.)
- NO ESTOY SEGURO (Continuar)

Si es "sí" o "no estoy seguro," por favor díganos lo que el niño hace o puede hacer marcando "sí" o "no" para cada uno de los siguientes. Marque "sí" si es algo que el niño solía hacer pero que ya no hace solo porque es mayor. Por ejemplo, si el niño solía pararse con ayuda y ahora puede pararse sin ayuda, marque "sí" para ambos.

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Gatear |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Stand con ayuda |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Estar de pie sin ayuda |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Camina aferrándote a alguien o algo |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Caminar sin aguantar |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Subirse a los muebles |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Lanzar una pelota u otro objeto |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Bailar o saltar arribay abajo |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Subir y bajar escalones por ti mismo |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Correr, pero puede caerse a veces |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Correr sin caerse |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Adjunta bloques pequeños de 2 altos |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Adjunta bloques pequeños de 4 altos |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Adjunta bloques pequeños de 6 altos |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Empujar y tirar de juguetes pequeños |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Hace garabato con un crayón o lápiz |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Sostener crayón o lápiz con el pulgar y dedos, no puño |

De ser necesario, sírvase explicarlo. Además, por favor díganos cualquier otra cosa que usted crea que debemos saber acerca de las capacidades físicas del niño:

<p>2. F. ¿Los impedimentos del niño afectan su comportamiento con otras personas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (Continuar)</p> <p><input type="checkbox"/> NO (Ir a 2.G.)</p> <p><input type="checkbox"/> NO ESTOY</p> <p>SEGURO (Continuar)</p>	<p>Si es "sí" o "no está seguro" por favor díganos lo que el niño hace o puede hacer marcando "sí" o "no" para cada uno de los siguientes:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Es cariñoso con los padres</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dice mucho "no"</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Juega al lado de otros niños, pero no con ellos</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Juega "atrapar" u otros juegos simples con otros niños</p> <p>De ser necesario, sírvase explicarlo. Además, por favor díganos cualquier otra cosa que usted crea que debemos saber acerca del comportamiento del niño alrededor de otras personas:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>G. ¿Es limitada la capacidad del niño para ayudar a cuidar de sus necesidades personales?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (Continuar)</p> <p><input type="checkbox"/> NO (Ir a 2.H.)</p> <p><input type="checkbox"/> NO ESTOY SEGURO (Continuar)</p>	<p>Si es "sí" o "no está seguro" por favor díganos lo que el niño hace o puede hacer marcando "sí" o "no" para cada uno de los siguientes:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Coopera en vestirse</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Coopera en el cepillado de dientes</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Bebidas de una taza o vaso sin ayuda</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Se alimenta a sí mismo con cuchara</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Puede desnudarse por sí mismo</p> <p>De ser necesario, sírvase explicarlo. Además, por favor díganos cualquier otra cosa que usted crea que debemos saber acerca de la capacidad del niño para cuidar de sus necesidades personales:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>H. Por favor, díganos cualquier otra cosa sobre el niño que usted cree que deberíamos saber.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

