

---

Informe de función Niño de 3 a 6º 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 proporcione en 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 otra 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 Contabilidad 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 la investigación estadística, la auditoría y las actividades de investigación necesarias para garantizar la integridad y la mejora de nuestros programas (por ejemplo, a la Oficina del Censo y a las entidades privadas bajo contrato con nosotros).

También podemos utilizar la información que usted proporciona en programas informáticos de correspondencia. Los programas de correspondencia comparan sus 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 financiados y administrados por el gobierno federal y para el reembolso de deudas morosas o de pagos incorrectos 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](http://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 está listada bajo las agencias del gobierno de los Estados Unidos en su departamento telefónico o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). Puede enviar comentarios 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 3er A 6to CUMPLEAÑOS

### SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

<b>1.</b>	<b>A. Imprima el NOMBRE DEL NIÑO:</b>		
	<b>PRIMER</b>	<b>MEDIO</b>	<b>APELLIDO/S</b>
	_____		
	<b>B. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL NIÑO:</b>		
	_____		
	<b>C. FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO:</b>		
	Mes/Día/Año		
	_____		
	<b>D. PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO</b>		
	NOMBRE:		
	RELACIÓN CON EL NIÑO:		
	FECHA DE CUMPLIMENTACIÓN DEL FORMULARIO:		
	Mes/Día/Año		
	_____		
	NÚMERO DE TELÉFONO DEL DÍA <i>(incluido el código de área):</i>		
	_____		
	DIRECCIÓN POSTAL (Número y Calle, Apt. No. (si corresponde), Apartado Postal o Ruta Rural):		
	_____		
	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	_____	_____	_____

**SECCIÓN 2 - DETALLES DE LA FUNCIÓN**

<p><b>2.</b> A. ¿El niño tiene problemas para ver?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ (Continuar)</p> <p><input type="checkbox"/> NO (Vaya a 2.B.)</p>	<p>Si es "sí" marque cada declaración a continuación que generalmente sea cierta 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><input type="checkbox"/> Al niño no se le pueden colocar anteojos o lentes de contacto. Explique:</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>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>_____</p> <p><input type="checkbox"/> El niño tiene otros problemas de audición. Si es así, por favor describa:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> El niño usa el lenguaje de señas americano.</p> <p><input type="checkbox"/> El niño lee los labios.</p>







**2.** F. ¿Son limitadas las capacidades físicas del niño?

- Sí (Continuar)
- NO (Ir a 2.G.)
- NO ESTOY SEGURO (Continuar)

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:

- Sí     No    Atrapa una pelota grande, como una pelota de playa
- Sí     No    Montar una rueda grande, un triciclo o una bicicleta con ruedas de entrenamiento
- Sí     No    Aventar un juguete
- Sí     No    Imprimir al menos unas letras
- Sí     No    Copiar su nombre
- Sí     No    Usar las tijeras bastante bien

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:

---



---



---

G. ¿Los impedimentos del niño afectan su comportamiento con otras personas?

- Sí (Continuar)
- NO (Ir a 2.H.)
- NO ESTOY SEGURO (Continuar)

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:

- Sí     No    Disfruta estar con otros niños de la misma edad
- Sí     No    Muestra afecto hacia otros niños
- Sí     No    Es cariñoso con los padres
- Sí     No    Comparte juguetes
- Sí     No    Se turna
- Sí     No    Juega a "fingir" con otros niños
- Sí     No    Juega juegos como etiqueta, escondite
- Sí     No    Juega juegos de mesa (como damas o Candilada)

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><b>2.</b> H. ¿Los impedimentos del niño afectan sus hábitos y su capacidad para atender sus necesidades personales?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (Continuar) <input type="checkbox"/></p> <p>NO (Ir a 2.I.)</p> <p><input type="checkbox"/> NO ESTOY SEGURO (Continuar)</p>	<p>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 vestirse con ayuda, pero ahora se viste sin ayuda, marque "sí" para ambos.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No Por lo general, controla ir al baño durante el día</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No Come usando un tenedor y una cuchara por Sí mismo</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No Se viste con ayuda</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No Se viste a sí mismo sin ayuda (excepto atarse zapatos)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No Lava o baña sin ayuda</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No Cepilla los dientes con ayuda</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No Cepilla los dientes sin ayuda</p> <p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No Guarda los juguetes</p> <p>De ser necesario, sírvase explicarlo. Además, por favor díganos cualquier otra cosa que usted crea que debemos saber acerca de los hábitos del niño y la capacidad de cuidar de las necesidades personales:</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>I. ¿Es limitada la capacidad del niño para prestar atención y seguir con una tarea?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (Continuar)</p> <p><input type="checkbox"/> NO (Ir a 2.J.)</p> <p><input type="checkbox"/> NO ESTOY SEGURO (Continuar)</p>	<p>Si es "sí" o "no estoy seguro" ¿cuánto tiempo puede el niño prestar atención a la televisión, la música, la lectura en voz alta o los juegos?</p> <p><input type="checkbox"/> 15 minutos    <input type="checkbox"/> 30 minutos</p> <p>De ser necesario, sírvase explicarlo. Además, por favor díganos cualquier otra cosa que usted cree que debemos saber acerca de la capacidad del niño para prestar atención y seguir con una tarea:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

