

# Informe de función Niño de 12 a 18 años

---

## 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 el 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 631(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 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 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 que tienen un contrato con nosotros).

También podemos utilizar la información que usted proporciona en programas informáticos de correspondencia. 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 financiados y 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](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, según lo enmendado por la Sección 2 de la Ley de Reducción de Papeleo de 1995. Usted no necesitamos responder 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 EL FORMULARIO COMPLETO A SU SEGURO SOCIAL LOCAL OFICINA.** La oficina electrónica aparece en las 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 comentarios sobre nuestra estimación de tiempo anterior a: SSA, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401. **Envíe solo comentarios relacionados con nuestra estimación de tiempo a esta dirección, no el formulario completado.**

## INFORME DE FUNCIÓN - NIÑO DE 12 A 18 AÑOS

### SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

1. A. Imprima el **NOMBRE DEL NIÑO**:

**PRIMERO**

**MEDIO**

**APELLIDOS**

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 EN QUE SE COMPLETÓ Mes/Día/Año

EL FORMULARIO:

**NÚMERO DE TELÉFONO DIURNO** (*incluido el código de área*):

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

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

**SECCIÓN 2 - DETALLES DE LA FUNCIÓN**

<p>2. ¿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. <u>Explicar:</u></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> El niño tiene otros problemas de visión. En caso afirmativo, <u>sírvase describir:</u></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 <b>declaraciones</b> 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>_____</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, <u>sírvase describir:</u></p> <p>_____</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. D. ¿Las actividades diarias del niño son limitadas?

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

Si es "sí" o "no **estoy seguro**" marque cada declaración a continuación que sea cierta sobre el niño:

- Va a la escuela a tiempo completo
- Trabaja a tiempo parcial
- Va a la escuela a tiempo parcial
- Trabaja a tiempo completo
- Otro. Describir: \_\_\_\_\_

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

E. ¿La capacidad del niño para comunicarse es limitada?

- Sí (Continuar)
- NO (Ir 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:

- Sí     No    Contestar el teléfono y hacer llamadas telefónicas
- Sí     No    Entregar mensajes teléfono
- Sí     No    Repetir historias que él o ella ha escuchado
- Si     No    Contar chistes o acertijos con precisión
- Si     No    Contar chistes o acertijos con precisión
- Si     No    Explicar por qué hizo algo
- Si     No    Usa oraciones con "porque" "qué pasaría si" o "debería haber sido"
- Si     No    Usa oraciones con "porque" "qué pasaría si" o "debería haber sido"
- Si     No    Pregunte por lo que él o ella necesita
- Si     No    Habla con la familia
- Si     No    Pregunte por lo que él o ella necesita
- Si     No    Habla con amigos

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 comunicarse:

---



---



---

2. F. ¿Hay alguna limitación en el progreso del niño en comprensión y Usandolo que él o ella tiene ¿doctor?

- Sí (Continuar)
- NO (Ir a 2.G.)
- 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:

- Si  No Leer y comprender oraciones en cómics y dibujos animados.
- SI  No Leer y comprender historias en libros, revistas o periódicos.
- SI  No Deletrear palabras de más de 4 letras
- SI  No Decir la hora
- SI  No Sumar y restar números superiores a 10
- SI  No Multiplica y divide números entre 10
- SI  No Entiende el dinero: puede hacer el cambio correcto
- SI  No Comprender, llevar a cabo y recordar instrucciones sencillas

De ser necesario, sírvase explicarlo. Además, por favor díganos cualquier otra cosa que usted crea que debemos saber acerca del progreso del niño en la comprensión y el uso de lo que él o ella ha aprendido:

---



---

G. ¿Son limitadas las capacidades físicas del niño?

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

Si "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:

- Sí  No Caminar  Sí  No Montar en bicicleta
- Sí  No Correr  Sí  No Lanza una pelota
- Sí  No Bailar  Sí  No Saltar la cuerda
- Sí  No Nadar  Sí  No Practica deportes
- Sí  No Conducir un coche  Sí  No Controles de videojuegos de trabajo

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:

---







