ADSEF-TANF-34
(Sustituye AE-38-A, AE-45)
Rev. Oct./2014

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de la Familia
ADMINISTRACIÓN DE DESARROLLO SOCIOECONÓMICO
PROGRAMA TANF

EVALUACIÓN MÉDICA – SOCIAL PARA CASOS DE INCAPACIDAD EN CATEGORÍAS C, D, G

A. Identificación del/de la participante (Llénese por Técnico/a de Asistencia Social y Familiar (TASF)

Oficina Local	Solicitud ☐ Revisión ☐	Categoría	Proveedor/a ☐ Ama/o de Casa ☐

Nombre del/de la Participante	Seguro Social	Edad	Fecha de Nacimiento	Sexo

Firma del/de la TASF	Fecha	Firma del/de la Participante

B. Historial médico (Llénese por Médico/a Examinador/a)

1. Diagnósticos: _____

   _____

2. Medicamentos que utiliza al presente (si alguno): _____

   _____

3. Peso _____ Estatura _____

4. Limitaciones de movimientos, mentales u otras (si algunas): _____

   _____

5. Observaciones y Recomendaciones: _____

   _____

C. Considero para determinación de necesidades especiales del/la participante: (Llénese por el/la Médico/a Examinador/a)

Considero que la condición diagnosticada es de carácter:

( ) Permanente ( ) Transitorio Duración probable: _____

El/La cliente está limitado para realizar sus tareas habituales:

( ) Totalmente ( ) Sustancialmente ( ) Parcialmente o Moderado ( ) Leve o Nada

El/La cliente está capacitado/a y puede realizar:

( ) Cualquier esfuerzo físico y/o mental
( ) Esfuerzo físico y/o mental moderado
( ) Esfuerzo físico y/o mental leve
( ) Ningún esfuerzo físico y/o mental

_____ Generalista ( ) Especialista ( ) _____
Nombre del/la Médico/a en letra de molde

Fecha (día/mes/año)	Firma del/de la Médico/a Examinador/a	Cargo que ocupa y número de licencia