



Rev. septiembre 2019

Evaluación Médica

ACOMODO RAZONABLE

1. Nombre: _____
2. Seguro Social: XXX-XX-_____
3. Número de Récord: _____
4. Síntomas o queja principal: _____

5. El empleado ha estado bajo cuidado médico desde _____ hasta _____.
6. Diagnóstico: _____

7. La condición se considera:
a. Temporera _____ Permanente _____ Progresiva _____
8. Si es temporera, estime el tiempo: _____

ES IMPORTANTE QUE SEA PRECISO AL IDENTIFICAR LOS HALLAZGOS MÉDICOS EN AQUELLAS ÁREAS QUE REDUCEN LA CAPACIDAD FÍSICA DEL EMPLEADO, PARA REALIZAR LAS FUNCIONES DE SU PUESTO.

9. ¿La actividad de “levantar o cargar” está afectada por alguna condición o impedimento?
a. Sí _____ No _____
10. De contestar Sí, ¿Cuántas libras puede el empleado levantar o cargar?
a. _____ libras
11. ¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?

12. ¿La actividad de “pararse o caminar” está afectada por la condición o impedimento?
a. Sí _____ No _____

13. De contestar Sí, ¿Cuántas horas, de un día laborable de 7 1/2, horas puede caminar o estar parado?

- a. Total: _____ horas
 b. Sin interrupción: _____ horas

14. ¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?

15. ¿Se afecta el estar “**sentado**” por la condición o impedimento?

- a. Sí _____ No _____

16. De contestar Sí, ¿Cuántas horas, de un día laborable de 7 1/2, horas puede estar el empleado sentado?

- a. Total: _____ horas
 b. Sin interrupción: _____ horas

17. ¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?

18. ¿Con qué frecuencia puede el empleado realizar las siguientes actividades? (Haga una marca de cotejo en la columna que corresponda.)

Actividad	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca
trepar, subir, encaramar			
balance, equilibrio (hacer)			
doblarse, inclinarse			
agacharse			
arrodillarse			
arrastrarse			

19. ¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?

¿Están afectadas las siguientes actividades por la condición o impedimento?

Actividad	Sí	No
alcanzar		
palpar		
empujar		
hablar		
destrezas manuales		
ver		
leer		
escuchar		
respirar		
cuidado personal		

20. ¿Cómo están afectadas las actividades identificadas como "Sí", con las tareas que realiza el empleado?

21. ¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?

22. ¿Cuáles de las siguientes restricciones ambientales son causadas por la condición o impedimento?

Restricciones Ambientales	Sí	No
alturas		
mover maquinaria		
temperaturas extremas		
químicos		
polvo		
ruido		
humo		
humedad		
vibración		
otros (especifique)		

23. En caso de que la solicitud de acomodo razonable sea por una condición o impedimento emocional, ¿cuáles de las siguientes restricciones son causadas por esa condición o impedimento?

(Complete esta información sólo si aplica).

Restricciones en Funcionamiento	Sí	No
Capacidad para sostener la concentración en un ambiente de trabajo.		
Capacidad para tolerar condiciones estrésicas o presión excesiva.		
Habilidad para adquirir o aplicar conocimiento.		
Capacidad para tomar decisiones.		
Habilidad para seguir instrucciones.		
Habilidad para relacionarse con compañeros y superiores.		
Aceptación de supervisión.		

24. ¿Cómo afectan las restricciones identificadas Sí las tareas que realiza el empleado?

25. ¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?

26. Si el empleado necesita algún equipo de asistencia, incluya especificaciones:

27. Indique cualquier otra información que permita tomar las decisiones, más adecuadas, acerca del acomodo razonable solicitado.

Fecha de Evaluación: _____

Nombre del Médico: _____

Lic. Núm. _____

Especialidad: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono: _____

Fax: _____