

## Parte B: Certificación del proveedor de atención de salud

*Toda la información debe ser completada.*

Tenga en cuenta que los siguientes profesionales de atención médica están autorizados para completar la solicitud:

Médico (MD o DO)	Enfermero registrado	Psicólogo
Psiquiatra	Oftalmólogo	Optometrista (solo discapacidades visuales)
Fisioterapeuta	Terapeuta ocupacional	Otro proveedor certificado licenciado que conozca la afección del solicitante

Su paciente, \_\_\_\_\_, ha solicitado la determinación de elegibilidad para el servicio de traslado para personas con discapacidades MTS Access. MTS Access es un servicio de traslado para personas con discapacidades puerta a puerta, de viaje compartido, para las personas que no puede utilizar el sistema de transporte con adaptaciones de acceso de ruta fija todo o parte del tiempo por causa de sus discapacidades o condiciones médicas. Como el proveedor de atención a la salud del solicitante, usted está especialmente calificado para aclarar sus **capacidades funcionales y sus limitaciones** para viajar en los sistemas de autobús de ruta fija o tren ligero de MTS. A fin de determinar las capacidades funcionales del solicitante, le pedimos al proveedor de atención médica que complete y certifique las siguientes secciones. Sírvase detallar en qué forma las discapacidades o condiciones médicas del solicitante afectan su capacidad para subir, moverse y viajar en forma independiente en el sistema de ruta fija con adaptaciones de acceso. Sea lo más específico posible.

Según la Administración Federal de Tránsito (FTA), la elegibilidad para los servicios de traslado para personas con discapacidades está directamente relacionada con capacidad funcional de las personas con discapacidades para utilizar servicios de tránsito de ruta fija. Las cuestiones tales como el diagnóstico, la edad, la distancia a la parada del autobús, la falta de servicio de autobús, los autobuses o tranvías superpoblados, la incapacidad de conducir, las finanzas personales, la inconveniencia y/o las molestias no son la base para determinar la elegibilidad para MTS Access.

Tenga en cuenta que todos los autobuses de ruta fija y trenes ligeros de MTS están equipados con las características de accesibilidad según ADA, tales como ser autobuses con pisos bajos, rampas, elevadores, anuncios de audio, áreas designadas en las que las personas con discapacidades tienen prioridad para sentarse, mejor señalización, autobuses con inclinación y pasamanos.

MTS también ofrece una tarifa reducida para personas mayores, discapacitadas o con Medicare (Programa SMD, por sus siglas en inglés). Este programa de ruta fija ofrece tarifas con descuento y es el programa más usado por la mayoría de los clientes con discapacidades en San Diego. Los clientes elegibles pueden viajar en el servicio de ruta fija y tren liviano con adaptaciones de acceso con una tarifa un 68% más barata con pases mensuales. Este programa está disponible para las personas con

## Parte B: Certificación del proveedor de atención de salud

*Toda la información debe ser completada.*

discapacidades que pueden usar los sistemas de autobús y tren ligero (trolley) como su opción principal de transporte.

La información compartida estará protegida por los requisitos identificados en la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) y su paciente/cliente aceptó la divulgación de la información. Su paciente/cliente también autorizó la divulgación de más información, según sea necesario.

*Todas las páginas de este formulario deben ser completadas por un profesional de la salud autorizado. Las solicitudes incompletas se devolverán al solicitante y pueden retrasar el procesamiento. **Se deben responder todas las preguntas de forma legible.***

Proveedor de atención médica (en  
letra de imprenta):

Nombre de la

institución/centro/agencia:

Número de

licencia:

Estado de

emisión:

Especialización:

Dirección:

Ciudad/estado/

código postal:

Teléfono:

Fax:

Dirección de

correo

electrónico:

1. Diagnóstico escrito y códigos ICD-10-CM y/o DSM:

2. ¿Hace cuánto tiempo que trata al paciente?

3. ¿Cuándo fue la última vez que vio al paciente?

4. ¿Cuál es la duración esperada de la  
discapacidad?

☐ Corto plazo

☐ Largo plazo

*Corto plazo: Las condiciones que duren al menos 90 días pero que probablemente mejoren en el plazo de un año*

*Largo plazo: Las condiciones con una expectativa de mejora absolutamente pequeña*

## Parte B: Certificación del proveedor de atención de salud

*Toda la información debe ser completada.*

5. Según su opinión, ¿la discapacidad de este solicitante le impide usar el servicio con adaptaciones de acceso de autobús de ruta fija o tren ligero de MTS de forma independiente? (No incluye ADA paratransito de MTS Access)

☐ Sí

☐ No

6. En caso afirmativo, ¿de qué forma la discapacidad o condición médica afecta la capacidad del solicitante de viajar de forma independiente en el servicio con adaptaciones de acceso de autobús de ruta fija o tren ligero de MTS?

---

---

---

---

---

---

7. ¿El solicitante necesita alguna de las siguientes ayudas o dispositivos para moverse (marque todo lo que corresponda):

☐ Silla de ruedas a motor/eléctrica

☐ Silla de ruedas manual

☐ Escúter motorizado

☐ Andador

☐ Bastón

☐ Muletas

☐ Dispositivo ortopédico

☐ Prótesis

☐ Oxígeno portátil en carro

*Tipo de  
dispositivo  
ortopédico:*

☐ Oxígeno portátil en bolsa

☐ Bastón blanco

☐ Animal de servicio

☐ Tablero de comunicación

☐ Ninguno:

☐ Otro: \_\_\_\_\_

8. Si este solicitante actualmente toma medicamentos, ¿los efectos secundarios reducirán o afectarán significativamente su capacidad de viajar de forma independiente en el servicio con adaptaciones de acceso de autobús de ruta fija o tren ligero de MTS?

☐ Sí

☐ No

☐ N/C

9. En caso afirmativo, explique de qué forma los efectos secundarios afectarían su capacidad de usar el servicio con adaptaciones de acceso de autobús de ruta fija o tren ligero de MTS:

---

---

## Parte B: Certificación del proveedor de atención de salud

*Toda la información debe ser completada.*

Para las preguntas 10-22, elija Sí (S), No (N) o A veces (A). Si responde Sí o A veces a las preguntas 10-21, explique de qué forma impide que el solicitante use el servicio con adaptaciones de acceso de autobús de ruta fija o tranvía de MTS:

10. ¿Las temperaturas extremas afectarían la capacidad del solicitante de viajar en el transporte? ☐ S ☐ N ☐ A

Explique: \_\_\_\_\_

11. ¿La lluvia afecta la capacidad del solicitante de viajar en el transporte? ☐ S ☐ N ☐ A

Explique: \_\_\_\_\_

12. ¿El aire de mala calidad afectaría la capacidad del solicitante de viajar en el transporte? ☐ S ☐ N ☐ A

Explique: \_\_\_\_\_

13. ¿Este solicitante tiene problemas de equilibrio? ☐ S ☐ N ☐ A

Explique: \_\_\_\_\_

14. ¿Este solicitante tiene problemas de memoria? ☐ S ☐ N ☐ A

Explique: \_\_\_\_\_

15. ¿Este solicitante tiene problemas para respirar? ☐ S ☐ N ☐ A

Explique: \_\_\_\_\_

16. ¿Este solicitante tiene problemas con la fuerza y la resistencia? ☐ S ☐ N ☐ A

Explique: \_\_\_\_\_

17. ¿Este solicitante tiene problemas para trasladarse en colinas? ☐ S ☐ N ☐ A

Explique: \_\_\_\_\_

18. ¿Hay deficiencias visuales que afectarían la capacidad del solicitante de viajar en el transporte? ☐ S ☐ N ☐ A

Explique: \_\_\_\_\_

19. ¿Hay deficiencias de audición que afectarían la capacidad del solicitante de viajar en el transporte? ☐ S ☐ N ☐ A

Explique: \_\_\_\_\_

## Parte B: Certificación del proveedor de atención de salud

*Toda la información debe ser completada.*

20. ¿Este solicitante muestra comportamientos sociales inadecuados? ☐ S ☐ N ☐ A

Explique: \_\_\_\_\_

21. ¿Tiene alguna preocupación de seguridad de que este solicitante use el autobús o tren ligero por sí mismo? ☐ S ☐ N ☐ A

Explique: \_\_\_\_\_

22. ¿Este solicitante requiere un asistente de atención personal para viajar? ☐ S ☐ N ☐ A

Explique: \_\_\_\_\_

23. Según su opinión médica, ¿qué otros factores relacionados con la o las discapacidades del solicitante afectan su capacidad para viajar en el servicio con adaptaciones de acceso de autobús o tren ligero de MTS?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Parte B: Certificación del proveedor de atención de salud

*Toda la información debe ser completada.*

### Certificación

*Parte B: la Certificación del Proveedor de Atención Médica debe estar firmada dentro de los **90 días** posteriores a la evaluación en persona.*

Certifico que tengo la habilitación legal y actualmente trato a \_\_\_\_\_. La información anterior que proporcioné en la presente es una representación imparcial de las discapacidades o afecciones médicas del solicitante y es verdadera y correcta bajo pena de perjurio de acuerdo con la legislación del estado de California. Comprendo que la información proporcionada se utilizará con el fin exclusivo de determinar la elegibilidad del solicitante para el servicio de traslado de personas con discapacidades. Además, acepto que MTS y su contratista para la elegibilidad se comuniquen conmigo para aclarar cualquier información que haya proporcionado y que responderé de buena fe. **Comprendo que la información incluida en la presente es correcta a mi leal saber y entender. Cualquier falsificación puede tener como resultado la pérdida del servicio de traslado para personas con discapacidades del cliente.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor haga una  
copia para su expediente