

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 afecciones 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 afecciones 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 barandillas.

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-9CM 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 afecciones que duren al menos 90 días pero que probablemente mejoren en el plazo de un año

Largo plazo: Las afecciones 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 afección 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

 Oxígeno portátil en bolsa

dispositivo

ortopédico:

 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 60 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