



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA
ADMINISTRACIÓN DE DESARROLLO SOCIOECONOMICO
PROGRAMA TANF



EVALUACIÓN MÉDICA-SOCIAL PARA CASOS DE INCAPACIDAD EN
CATEGORÍA C, D, G

A. Identificación del participante (Llénese por TASF)

Oficina Local	Solicitud() Revisión()	Categoría	Seguro Social Jefe de Familia		
Nombre del Participante	Seguro Social	Proveedor () Ama de Casa ()	Edad	Fecha de Nacimiento	Sexo
FIRMA DEL TASF		FECHA	FIRMA DEL PARTICIPANTE		

B. Historial Médico (Llénese por el Médico Examinador)

1. Diagnósticos: _____

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

3. Observaciones:

Limitaciones de Movimientos, Mentales u Otras (si algunas): _____

Recomendaciones: _____

C. Consideraciones para determinar de necesidades especiales del participante: (Llénese por el Médico Examinador)

Considero que la condición diagnosticada es de carácter:

Permanente Transitorio Duración probable: _____

El cliente esta limitado para realizar sus tareas habituales:

Totalmente Sustancialmente o de Moderado a severo parcialmente o Moderado Leve o Nada

El cliente está capacitado 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

Nombre del Médico () Generalista () Especialista _____
(Especifique)

Fecha Firma del Médico Examinador Cargo que ocupa y Número de Licencia