

Nombre: _____ Apellidos: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Qué es el servicio de paratransito llamado ADA Dial-A-Ride de CAT y quién es elegible?

Dial-A-Ride de CAT es el servicio de paratransito complementario de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) para el área de Canby. Dial-A-Ride de CAT es un servicio de transporte público de procedencia y destino, de viaje compartido, para personas con discapacidades que no pueden usar el servicio de autobús de ruta fija de CAT debido a limitaciones funcionales significativas. Las siguientes características del sistema de autobuses de CAT permiten que muchas personas con discapacidades utilicen estas rutas:

- Los autobuses de ruta fija de CAT están equipados con una rampa o un elevador. Esto ayuda a evitar subir escalones si el solicitante no puede.
- Sistema de anuncios que nombra las principales paradas de autobús y transbordos.
- Letreros de lectura que proporcionan una señal visual para los ciclistas con discapacidad auditiva.
- Asientos prioritarios: un área dedicada para personas mayores y personas con discapacidades.
- Mejoras en las paradas de autobús, incluyendo rampas en las aceras en las intersecciones y la adición de bancas y marquesinas en muchos lugares.

Favor de tener en cuenta: La elegibilidad para el servicio de paratransito no se basa en la edad, la incapacidad para conducir o la falta de disponibilidad o inconveniencia del servicio de autobús de ruta fija de CAT.

Este cuestionario para médicos profesionales se utilizará para ayudar a determinar qué servicio de CAT se adapta mejor a las necesidades del solicitante.

1. ¿Cómo conoce usted al solicitante? _____

2. ¿El solicitante utiliza alguno de los siguientes dispositivos para ayudar con sus necesidades de movilidad?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Animal de servicio |
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil |
| <input type="checkbox"/> Andador ortopédico | <input type="checkbox"/> Patinete eléctrico | <input type="checkbox"/> Respirador |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Reposapiés extendidos | <input type="checkbox"/> Tablero de imágenes |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <input type="checkbox"/> Sujeción del pecho | <input type="checkbox"/> Tablero del alfabeto |
| <input type="checkbox"/> Dispositivo protésico | <input type="checkbox"/> Otros (favor de describir): | |

3. ¿Qué afección(es) o diagnóstico relacionado(s) con la salud dificulta o impide que el solicitante use los autobuses de ruta fija de CAT?

4. Indique marcando «Sí», «No» o «No estoy seguro», si su paciente tiene o no tiene «limitaciones funcionales» que puedan dificultar o impedirle el uso de los autobuses de ruta fija de CAT.

CAPACIDADES FÍSICAS:	SÍ	No	N/A No estoy seguro
El paciente se encuentra dentro de los límites normales para:			
Velocidad al caminar: <i>no es inusualmente rápida o lenta.</i>			
Distancia a pie: <i>puede caminar un cuarto de milla</i>			
Resistencia: <i>puede completar un viaje en autobús de forma segura e independiente</i>			
Coordinación y equilibrio: <i>es estable, no presenta riesgo de caídas</i>			
Fuerza: <i>es lo suficientemente fuerte para viajar de forma segura e independiente</i>			
Paso: <i>es normal, sin obstáculos ni perturbaciones que afecten al viaje.</i>			
Rango de movimiento: <i>no presenta dificultades para caminar que afecten el viaje</i>			
Habilidad: <i>no presenta dificultades para caminar que afecten el viaje</i>			
Subir escalones: <i>¿Puede el paciente subir tres escalones de 12 pulgadas de forma independiente?</i>			
Esperando afuera: <i>¿Puede el paciente esperar de forma independiente afuera durante 10 minutos?</i>			
Apoyos de movilidad: <i>¿Puede el paciente utilizar sus apoyos de movilidad?</i>			
FUNCIONES SENSORIALES:	SÍ	No	N/A No estoy seguro
¿Está el paciente orientado y consciente de su espacio personal?			
¿El paciente es capaz de detectar cambios en las superficies (<i>táctiles</i>)?			
¿El paciente es capaz de detectar señales ambientales (<i>ver, oír, sentir</i>)?			
Agudeza visual con la mejor corrección (<i>si se dispone de información</i>): Ojo derecho: _____ Ojo izquierdo: _____ Ambos ojos: _____			
Áreas visuales: Ojo derecho: _____ Ojo izquierdo: _____ Ambos ojos: _____			
CAPACIDADES COGNITIVAS:	SÍ	No	N/A No estoy seguro
¿El paciente cuenta con habilidades de orientación (<i>capacidad de orientarse a una persona/lugar/cosa</i>)?			
¿El paciente cuenta con habilidades de juicio/seguridad (<i>adecuadas para viajar de manera segura e independiente</i>)?			
¿El paciente cuenta con habilidades de resolución de problemas (<i>adecuadas para viajar de manera segura e independiente</i>)?			
¿El paciente cuenta con habilidades de afrontamiento (<i>adecuadas para viajar de manera segura e independiente</i>)?			
¿El paciente cuenta con memoria a corto plazo (<i>adecuada para viajar de manera segura e independiente</i>)?			
¿El paciente cuenta con memoria a largo plazo (<i>adecuadas para viajar de manera segura e independiente</i>)?			
¿El paciente cuenta con atención a las tareas (<i>adecuadas para viajar de</i>			

<i>manera segura e independiente)?</i>			
¿El paciente puede comportarse de manera apropiada en público (<i>capaz de mantener un comportamiento apropiado en un entorno público</i>)?			
¿El paciente cuenta con habilidades de orientación (<i>adecuadas para viajar de manera segura e independiente</i>)?			
¿El paciente cuenta con habilidades de comunicación (<i>adecuadas para viajar de manera segura e independiente</i>)?			
¿El paciente cuenta con la capacidad para reconocer y responder a situaciones peligrosas?			
¿El paciente cuenta con la capacidad para hacer frente a situaciones inesperadas o cambios sin ayuda?			
¿El paciente cuenta con la posibilidad de proporcionar o decir la dirección y el número de teléfono cuando se solicite?			
¿El paciente cuenta con la capacidad para reconocer el destino o los puntos de referencia?			
¿El paciente cuenta con la capacidad para pedir, entender y seguir instrucciones?			
¿El paciente cuenta con la capacidad para viajar de manera segura y efectiva a través de instalaciones abarrotadas o complejas?			

5. ¿Son estas limitaciones funcionales: permanentes or temporales?
Si es temporal, ¿por cuánto tiempo?

**Firma del proveedor de atención médica: _____

Nombre con letra de molde del proveedor de atención médica: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____

Dirección de la oficina: _____

**El médico profesional debe firmar este formulario antes de devolver el cuestionario a Canby Area Transit.

Canby Area Transit
ATTN: Gerente de Tránsito
195 S. Hazel Dell Way, Suite C Canby, OR 97013
FAX: 503-263-6284 Correo electrónico: cat@canbyoregon.gov

