



Inova Staff: At the first opportunity, please complete this form with the patient or companion and have it scanned into the patient's electronic medical record. Complete one form per person requesting accommodation.

Paciente o acompañante: Si usted o el acompañante que le ayuda con su atención tiene una necesidad especial, sírvase indicarla a continuación:

La afección clínica del paciente no le permite llenar el formulario en este momento.

	Paciente	Acompañante/Tutor legal
¿Es sordo o tiene mucha dificultad para oír?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es ciego o tiene mucha dificultad para ver, aun cuando usa anteojos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene mucha dificultad para caminar o subir escaleras? (mayores de 5 años)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene alguna otra necesidad especial o discapacidad que exija servicios o adaptaciones durante su consulta de hoy?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si ha indicado arriba que tiene una necesidad, ¿usted o su acompañante necesita servicios o adaptaciones relacionados con la(s) necesidad(es) señalada(s)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sírvase explicar el tipo de adaptación solicitada:

¿Tiene instrucciones especiales para los proveedores de atención? En caso afirmativo, sírvase explicarlas a continuación:

Notas del personal sobre las adaptaciones realizadas: **(Inova Staff: Please document in detail accommodation(s) requested and services given.)**

Al firmar a continuación, certifico por medio del presente instrumento que (i) se me ha dado la oportunidad de informar si yo tengo y/o si mi acompañante tiene una discapacidad o una necesidad especial que exija adaptaciones; (ii) he tenido la oportunidad de informar sobre mis necesidades al personal como se indica en el texto precedente y que las respuestas seleccionadas antes son veraces, precisas y completas; (iii) tengo entendido que el servicio médico Inova Health System hará cuanto esté a su alcance para atender mis solicitudes y que cualquier adaptación proporcionada será gratuita; (iv) se me ha ofrecido/entregado una copia del folleto sobre los derechos del paciente, que contiene información para presentar una queja en caso de que no esté satisfecho con las adaptaciones que he solicitado durante la consulta de hoy.

Firma del paciente/representante/accompañante del paciente
(Signature of Patient/Patient Representative/Companion)

Fecha
(Date)

Hora
(Time)

Letras de molde: _____

Relación con el paciente: Él mismo Padre/madre Familiar Amigo Otra _____

Firma del empleado que sirvió de testigo
(Signature of Employee Witness)

Fecha
(Date)

Hora
(Time)

Letras de molde: _____

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name _____

DOB: _____ MR# _____

Inova Health System

**Ley sobre Estadounidenses con
Discapacidades (ADA)/ Evaluación
de necesidades especiales
Americans with Disabilities Act (ADA)/
Special Needs Assessment**

