

CUESTIONARIO "ADA"

Nombre _____

1. Tiene Ud. algunas limitaciones por causa de una condicion fisica o mental? _____

2. Denos Ud. el nombre y una descripcion de su(s) condicion(es).

3. Cuanto tiempo hace que Ud. tiene su condiciOn? _____

4. Cuando fue diagnosticada su condicion por la primera vez? _____

5. Por cuanto tiempo es supuesta durar esta condicion? 6Es indeterminado o indefenido?

6. Favor de describir cualesquieres limitaciones o impactos que su condiciOn fisica o mental tenga por sus actividades. Estos pueden incluir caminando, hablando, respirando, viendo, aprendiendo, cuidandose, escuchando, pensando, concentrando, etc.

7. Identifique Ud. algunas limitaciones o restricciones que un medico haya puesto en Ud. para razones relacionadas a su(s) condicion(es).

8. Ha usado Ud. algunas medicinas o aparatos que le asisten (por ejemplo: audiphono, cafias, etc.) para controlar o eliminar los sintomas o limitaciones de su condicion? De ser asi,

(a) Denos el nombre y una description del aparato que le asiste, y

(b) Haga una lista de todas las medicinas que Ud. toma para controlar o eliminar los sintomas o limitaciones de su condicion.

9. Cuanto tiempo hace que Ud. usa las medicinas o aparatos que le asisten?

10. Le funcionan bien las medicinas o aparatos que le asisten?

11. Jiene Ud. algunos sintomas que no son corregidos por las medicinas y/o aparatos que le asisten?

12. Le han pasado veces cuando las medicinas y/o aparatos que le asisten no funcionaban

Bien? Cuando?

13. Describa Ud. algunos efectos secundarios de las medicinas y/o aparatos que le asisten.

14. Ud. ha tenido que cambiar las medicinas o aparatos que le asisten porque los anteriores funcionaban menos? De ser así, favor de describir:

15. Tiene Ud. un historia medico de una condicion fisica o mental que limitara o tuviera impact() por sus actividades? Por ejemplo: caminando, hablando, respirando, viendo, aprendiendo, cuidandose, escuchando, pensando, concentrando, etc.

16. Quienes son sus testigos para informacion sobre su(s) condiciOn(es) mental(es) o fisica(s)? (Por ejemplo: medicos, terapeutas fisicos, etc.)

Nombre Direccion NOmero de telefono

17. Si sus condiciones mentales o fisicas afectan su habilidad de hacer su trabajo, describa Ud. las funciones del trabajo que son impactadas o que son mas dificiles por causa de su impedimiento.

18. Necesita Ud. algunos ajustes (algo para ayudarle hacer su trabajo - por ejemplo, una modificaciOn del equipo, un cambio de las funciones del trabajo, un cambio del horario, etc.) para que Ud. pueda hacer el trabajo? De ser asi, favor de explicarlo:

19. Favor de describir las funciones del trabajo para cuales Ud. necesita(ba) una ajuste.

20. Notifico Ud. a su empleador de su(s) condicion(es) mental(es) o fisica(s)? _____

21. Indique Ud_ a quienes se dieron cuenta de su(s) condicion(es), y cuando se dieron cuenta.

<u>Nombre</u>	<u>Puesta</u>	<u>Fecha notificaba</u>
---------------	---------------	-------------------------

22. pedido Ud. a su empleador un ajuste razonable (algo para ayudarle hacer su trabajo - por ejemplo, una modificacion del equipo, un cambio de las funciones del trabajo, un cambio del horario, etc.)? De ser asi, describa Ud. las circunstancias, incluyendo las

siguientes:

Fecha del pedido: _____
que escrito o de palabra el pedido? _____

Nombre y puesto de la persona a quien hizo Ud. el pedido: _____

Tipo de accion que pidiO Ud.: _____

Respuesta: _____

23. ,Han hechos comentarios negativos de su condiciOn fisica o mental algunos jefes o supervisores? De ser asi, favor de darnos lo siguiente:

Nombre/Titulo: _____

Comentarios/Fechas: _____

Testigos: _____

24. LLe ban tratado a Ud. diferente sus jefes o supervisores por causa de su condicion mental o fisica? De ser asi, favor de explicarlo:

