EVALUACION DE LA DISCAPACIDAD CON LENGUAJE UNIVERSAL CIF

ASOCIACIÓN DE DEPORTES ADAPTADOS CHILE

				Fecha	
Nombre:		**Rut:**		**Fecha de nac.**	

SITUACIÓN DE LA PERSONA							
	Independiente en la comunidad		Datos sociodemográficos				
	Necesita asistencia		Femenino		Edad		
	Hospitalizada		Masculino		N° total de años estudiando		
Estado civil		Nunca casado/a		Actualmente casado/a		Separado/a	
		Divorciado/a		Viudo/a		Viviendo en pareja	
Situación laboral		Trabajo remunerado		Estudiante		Desempleado/a (salud)	
		Trabajo no remunerado		Jubilado/a		Desempleado/a	
		Trabajo por cuenta propia		Tareas domésticas		Otros (especificar abajo)	

PREGUNTAS WHODAS 2.0											
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para?											
1	Estar de pie por largos períodos como, por ejemplo, ¿30 minutos?		**N**		**L**		**M**		**S**		**E**
2	¿Ocuparse de sus responsabilidades domésticas?		**N**		**L**		**M**		**S**		**E**
3	Aprender una nueva tarea, por ejemplo, ¿cómo llegar a un nuevo lugar?		**N**		**L**		**M**		**S**		**E**
4	¿Participar en actividades de su comunidad (festividades, actividades religiosas, etc.) de la misma forma que cualquier otra persona?		**N**		**L**		**M**		**S**		**E**
5	¿Cuánto ha sido afectado emocionalmente por su condición de salud?		**N**		**L**		**M**		**S**		**E**
6	¿Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?		**N**		**L**		**M**		**S**		**E**
7	¿Caminar una larga distancia como un kilómetro [o equivalente]?		**N**		**L**		**M**		**S**		**E**
8	¿Lavarse todo el cuerpo (bañarse)?		**N**		**L**		**M**		**S**		**E**
9	¿Vestirse?		**N**		**L**		**M**		**S**		**E**
10	¿Relacionarse con personas que no conoce?		**N**		**L**		**M**		**S**		**E**
11	¿Mantener una amistad?		**N**		**L**		**M**		**S**		**E**
12	¿Llevar a cabo su trabajo o las actividades escolares diarias?		**N**		**L**		**M**		**S**		**E**

PREGUNTAS COMPLEMENTARIAS		
H1	En general, de los últimos 30 días, ¿en cuántos de ellos ha tenido esas dificultades? (indicar n°de días)	
H2	De los últimos 30 días, ¿en cuántos de ellos no pudo realizar ninguna de sus actividades habituales o su trabajo debido a una condición de salud?	
H3	De los últimos 30 días, sin contar aquellos en los que no pudo realizar ninguna de sus actividades habituales, ¿En cuántos de ellos tuvo que recortar o reducir sus actividades habituales o su trabajo por una condición de salud?	

FIRMA Y TIMBRE PROFESIONAL EVALUADOR	
Nombre	
Rut	