|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Departamento de Labor e IndustriasEnvíe los formularios contestados por fax al 360-902-4567 | **sello estatal** | **Resumen de capacidad funcional** |

**Evaluador de capacidad funcional:**

Llene y devuelva este formulario a L&I en un plazo de 10 días de la evaluación.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del trabajador      | Fechas de evaluación:      | Número(s) de reclamo:      |
| Afecciones aceptadas:      |
| ¿Ocurrió alguna limitación debido a factores no relacionados que haya afectado sus resultados?[ ]  No [ ]  Sí (si contestó que sí, descríbala en la página 2) |

|  |
| --- |
| Tolerancia al trabajo proyectada: |
|       Horas al día |       Horas totales a la semana |
| Estar sentado por |        a la vez |       Horas al día |
| Estar de pie por |       a la vez |       Horas al día |
| Caminar por |       a la vez |       Horas al día |
| Estar sentado/de pie/caminando alternadamente por |       a la vez |       Horas al día |
| Estar de pie/caminando alternadamente por |       a la vez |       Horas al día |
| Comentarios:      |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tarea**D = Derecha; I = Izquierda; A = AmbosMano dominante: [ ]  D [ ]  I | **Nunca** | **Pocas veces****1 – 10%****0 – 1 horas** | **Ocasional-mente****11 – 33%****1 – 3 horas** | **Frecuente****34 – 66%****3 – 6 horas** | **Constante****67 – 100%****Sin restricciones** | **No se hizo la prueba** |
| Desempeñar trabajo en escaleras de mano |  |  |  |  |  |  |
| Subir escaleras de mano |  |  |  |  |  |  |
| Subir escaleras |  |  |  |  |  |  |
| Girar el cuello |  |  |  |  |  |  |
| Girar el torso |  |  |  |  |  |  |
| Doblar la cintura/Agacharse |  |  |  |  |  |  |
| Arrodillarse |  |  |  |  |  |  |
| Ponerse en cuclillas [ ]  Parcial [ ]  Total |  |  |  |  |  |  |
| Gatear – Distancia:       pies. |  |  |  |  |  |  |
| Estirarse hacia adelante |  |  |  |  |  |  |
| Estirar los brazos entre la cintura y el hombro |  |  |  |  |  |  |
| Trabajar a una altura superior a los hombros |  |  |  |  |  |  |
| Usar un teclado |  |  |  |  |  |  |
| Muñeca (flexión/extensión) |  |  |  |  |  |  |
| Agarre (con fuerza) |  |  |  |  |  |  |
| Manipulación/agarre |  |  |  |  |  |  |
| Manipulación fina |  |  |  |  |  |  |
| Operación de pedales |  |  |  |  |  |  |
| Vibraciones – alto impacto |  |  |  |  |  |  |
| Vibraciones – bajo impacto |  |  |  |  |  |  |
| Levantar cosas – Del piso       a la cintura |  |       libras. |       libras. |       libras. |       libras. |  |
| Levantar cosas – De la cintura a los hombros |  |       libras. |       libras. |       libras. |       libras. |  |
| Levantar cosas – De los hombros a una posición sobre la cabeza |  |       libras. |       libras. |       libras. |       libras. |  |
| Levantar cosas – Otro:       |  |       libras. |       libras. |       libras. |       libras. |  |
| Cargar cosas – Distancia:       pies. |  |       libras. |       libras. |       libras. |       libras. |  |
| Empujar – Distancia dinámica:       pies. |  |       libras. |       libras. |       libras. |       libras. |  |
| Jalar – Distancia dinámica:       pies. |  |       libras. |       libras. |       libras. |       libras. |  |
| Otro:       |  |         |         |         |         |  |
| Comentarios sobre la matriz de capacidades anterior:      |

[ ]  De acuerdo con las directrices de L&I, no se contestó la matriz de capacidades anterior, ya que no fue posible llegar a conclusiones sobre el regreso al trabajo.

**Resumen de capacidad funcional**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la clínica:      | Número de teléfono de la clínica:      |
| Dirección de la clínica:      |
| Puesto del lesionado:      | Fecha de la lesión:      |
| Fecha de la autorización:      | Proveedor principal:      |
| Proveedor de servicios vocacionales:       | Proveedor remitente:      |

**Conclusiones del evaluador**:

Sobre la base de las mediciones del desempeño y la confiabilidad del trabajador en esta evaluación, ¿puede llegar a una conclusión de regreso al trabajo? Si no es así, no conteste las siguientes dos secciones ni el resumen de capacidades en la página 1.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Sí | Explique: |       |
| [ ]  No | Explique: |       |

**Respuestas al análisis del trabajo/descripción del trabajo:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Puesto del análisis del trabajo | ¿El trabajador puede desempeñar este trabajo? (Sí o No) | Si contestó que no, describa cuál tarea con demanda física está limitada **y** con base en cuál factor objetivo relacionado con el reclamo. | Si no es así, ¿hay limitaciones debido a factores no relacionados (otras afecciones, conductas, etc.)? Describa los efectos sobre la tarea con demanda física. |
| 1. | Trabajo del lesionado      |  |       |       |
| 2. |       |  |       |       |
| 3. |       |  |       |       |
| 4. |       |  |       |       |
| 5. |       |  |       |       |

**Otras preguntas de remisión:**

Escriba y conteste todas las preguntas adicionales que haga el gerente de reclamos, proveedor de servicios vocacionales, empleador o proveedor principal.

**Restricciones según la evaluación del proveedor responsable:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Ninguna/Probar la tolerancia | [ ]  Restricción en levantamiento de objetos:       | [ ]  Precauciones cardiacas:       |
| [ ]  Otras (describa):       |

**Observaciones y comentarios adicionales:**

**Duración de la evaluación:**

      Horas/       Días

**Firma:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|       |  |  |  |       |
| Nombre del evaluador en letra de molde  |  | Firma del evaluador |  | Fecha |