|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Departamento de Labor e Industrias  Envíe 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 = Ambos  Mano 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 |