

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL
VRS / South Bay Recycling Programa de Capacitación - Aplicación de Interés

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DOMICILIO _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

Número de teléfono (cellular): _____ Número de teléfono (casa): _____

¿Qué le interesa del Programa de Capacitación de VRS en South Bay Recycling?

¿Qué habilidades y capacidades puede ofrecer al Programa de Capacitación de VRS en South Bay Recycling?

¿Cuáles son sus objetivos de carrera a largo plazo?

Indique el nombre y el número de teléfono de una persona que conoce su trabajo (referencia de trabajo).

¿Puede trabajar tiempo completo (8 horas al día y a veces horas extra)? _____

¿Puede trabajar de pie durante largos períodos de tiempo? Sí NO

¿Puede levantar hasta 20 libras, levantar y caminar con 10 libras y doblar ocasionalmente y agacharse? Sí NO

¿Está disponible para trabajar horas extras, fines de semana y días festivos, según sea necesario?
 Sí NO

¿Qué fuente(s) de ingresos recibe usted?

GA CalFresh (estampillas para alimento) CalWORKS SSI SSDI

¿Es usted un delincuente sexual registrado? Sí NO

¿Alguna vez ha sido condenado por un crimen violento? Sí NO

Firma

Fecha

EVALUACIÓN DE CAPACIDADES FÍSICAS

Nombre: _____

En mi opinion....

Fecha: _____

Puedo levantar y maniobrar (cuántas?) _____ libras frecuentemente, _____ libras de vez en cuando.

Caminar: Mi ritmo de marcha normal es _____ lento _____ mediano _____ rápido y puedo caminar _____ millas.

Sentado: Puedo sentarme por

- _____ Menos de 30 minutos antes de cambiar de posición
- _____ 1 hora – 1.5 horas
- _____ 1.5 horas to 2.5 horas
- _____ 3 hora o más

De Pie: Puedo estar de pie por

- _____ Menos de 30 minutos antes de cambiar de posición
- _____ 1 hora – 1.5 horas
- _____ 1.5 horas to 2.5 horas
- _____ 3 hora o más

Escalada: Puedo subir escaleras

- _____ Repetidamente _____ De vez en cuando _____ De ningún modo

Extenderse/Alcanzar: Capacidades de alcanzar

- _____ Sin restricción
- _____ Causa dolor o malestar
- _____ No se puede realizar

Gateo: Capacidad de caminar a gatas

- _____ Sin restricción
- _____ Causa dolor o malestar
- _____ No se puede realizar

Agachar: Capacidad de agacharse

- _____ Sin restricción
- _____ Causa dolor o malestar
- _____ No se puede realizar

Visión: _____ Sin limitación _____ Limitaciones _____ El Daltonismo (dificultad para distinguir los colores)
_____ Ojo Derecho _____ Ojo Izquierdo

Escuchar: _____ Sin limitación _____ Limitaciones
_____ Oreja Derecha _____ Oreja Izquierda

Sentido del Tacto: _____ Sin limitación _____ Limitaciones. Si existe limitación, especificar: _____

Olfato: ____ Normal ____ Disminución ____ No puede oler

Arrodillarse: Capacidad de ponerse de rodillas

____ Sin restricción

____ Causa dolor o malestar

____ No se puede realizar

Corazón: ____ Sin restricción ____ Limitaciones. Si existe limitación, especificar:

¿Ha tenido problemas con su corazón, su respiración (es decir, el asma o alergia al polvo), o la presión arterial?

Sí No Si es así, por favor describa:

Cuales lesiones, cirugías, hospitalizaciones, enfermedades graves o prolongadas ha tenido?

Si no tiene, por favor marque aquí:

1) Problema: Fecha:

Tratamiento:

Ubicación del lugar de tratamiento:

Médico:

Estatus:

2) Problema: Fecha:

Tratamiento:

Ubicación del lugar de tratamiento:

Médico:

Estatus:

3) Problema: Fecha:

Tratamiento:

Ubicación del lugar de tratamiento:

Médico:

Estatus:

¿Alguna vez ha sido lesionado en el trabajo?

¿Alguna vez has tenido un problema con el alcohol o las drogas?

¿Tiene usted alguna de las siguientes enfermedades en su familia?:

____ Diabetes

____ Enfermedades del corazón

____ Presión arterial alta

____ Otros, explique:

Firma del Cliente

Fecha