

## FORMULARIO DE INDICACIÓN N°2 DE ELEMENTOS ORTÉSICOS AÑO 2022

### Importante:

- La indicación de elementos ortésicos debe ser realizada por un **médico general o especialista**. De lo contrario, se considera motivo de **rechazo de la postulación**.
- Los tipos y características de las Ayudas Técnicas indicadas están sujetos a revisión para asegurar su pertinencia técnica.
- Para completar adecuadamente este formulario respecto a la selección de las características de las Ayudas Técnicas, requiere estar en conocimiento del Anexo N°1 Catálogo de Ayudas Técnicas Convocatoria Año 2022 de SENADIS, disponible en el sitio web: <https://www.senadis.gob.cl/>, sección "Trámites y Beneficios" y luego "Programa de Ayudas Técnicas".

Fecha de indicación

### I. Antecedentes personales del solicitante:

|                                                    |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Nombre</b>                                      |  | <b>RUN</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Diagnóstico(s)</b>                              |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Justificación solicitud de la ayuda técnica</b> |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### II. Ayuda(s) Técnica(s) a solicitar

|                               |  |                   |  |                      |  |                              |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------|--|-------------------|--|----------------------|--|------------------------------|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Órtesis tobillo pie</b>    |  |                   |  |                      |  |                              |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Segmento a tratar</b>      |  | <b>Derecho</b>    |  | <b>Izquierdo</b>     |  | <b>Ambas</b>                 |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Tipo de sujeción</b>       |  | <b>Correa</b>     |  | <b>Velcro</b>        |  |                              |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Órtesis isquiopie</b>      |  |                   |  |                      |  |                              |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Segmento a tratar</b>      |  | <b>Derecho</b>    |  | <b>Izquierdo</b>     |  | <b>Ambas</b>                 |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Tipo de sujeción</b>       |  | <b>Correa</b>     |  | <b>Velcro</b>        |  |                              |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Terminación</b>            |  | <b>En OTP</b>     |  | <b>En estribo</b>    |  |                              |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Órtesis pelvipedio</b>     |  |                   |  |                      |  |                              |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Tipo de sujeción</b>       |  | <b>Correa</b>     |  | <b>Velcro</b>        |  |                              |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Terminación</b>            |  | <b>En OTP</b>     |  | <b>En estribo</b>    |  |                              |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Plantillas ortopédicas</b> |  |                   |  |                      |  |                              |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Segmento a tratar:</b>     |  | <b>Derecho</b>    |  | <b>Izquierdo</b>     |  | <b>Ambas</b>                 |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Tipo de plantilla</b>      |  | <b>Moldeada</b>   |  | <b>Estándar</b>      |  | <b>Con relleno anterior</b>  |  | <b>Silicona</b>    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Calzado ortopédico</b>     |  |                   |  |                      |  |                              |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Tipo de calzado</b>        |  | <b>Con realce</b> |  | <b>Pie diabético</b> |  | <b>Balancín retrocapital</b> |  | <b>Caja amplia</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### III. Identificación del médico general o especialista que respalda la indicación:

|                           |  |                       |  |
|---------------------------|--|-----------------------|--|
| <b>Nombre</b>             |  | <b>RUN</b>            |  |
| <b>Especialidad</b>       |  | <b>Institución</b>    |  |
| <b>Teléfono</b>           |  | <b>Firma y timbre</b> |  |
| <b>Correo electrónico</b> |  |                       |  |