FORMULARIO DE INDICACIÓN N°3
DE ELEMENTOS PROTÉSICOS
AÑO 2022

Importante:

- La indicación de elementos protésicos de miembro superior e inferior debe ser realizada por **médico traumatólogo o médico fisiatra**, y en el caso de prótesis ocular por **médico oftalmólogo**. 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:

Nombre													**RUN**						-	
Diagnóstico(s)																			
Nivel de la amputación	☐	**Desarticulado de hombro**	☐	**Sobre codo**	☐	**Bajo codo**	☐	**Desarticulado de muñeca**											
	☐	**Desarticulado de cadera**	☐	**Sobre rodilla**	☐	**Bajo rodilla**	☐	**Desarticulado de rodilla**	☐	**Pie**									

II. Ayuda(s) Técnica(s) a solicitar

Prótesis ocular							
Segmento a tratar	☐	**Derecho**	☐	**Izquierdo**	☐	**Ambos**	
Prótesis a solicitar	☐	**Polimetilmetacrilato (PMMA)**	☐	**Vidrio**			

Prótesis de miembro superior									
Segmento a tratar	☐	**Derecho**	☐	**Izquierdo**	☐	**Ambos**			
Prótesis a solicitar	☐	**Desarticulada de hombro**	☐	**Transhumeral**	☐	**Transradial**	☐	**Mano**	
Configuración prótesis modular de miembro superior	**Socket**								
	Codo								
	Terminación	☐ **Gancho**	☐ **Mano cosmética con guante**	☐ **Mano mecánica**					
	Montaje muñeca	☐ **Rosca**	☐ **Bloqueo**						
	Sujeción	☐ **Arnés en 8**	☐ **Arnés torácica**	☐ **Otra :**_____					

Prótesis de miembro inferior									
Segmento a tratar	☐	**Derecho**	☐	**Izquierdo**	☐	**Ambos**			
Prótesis a solicitar	☐	**Desarticulada de cadera**	☐	**Transfemoral**	☐	**Desarticulado de rodilla**	☐	**Transtibial**	
	☐	**Lisfranc**	☐	**Chopart**	☐	**Syme**			
Configuración prótesis modular de miembro inferior	**Socket**	☐ **Contención Isquiática**	☐ **Cuadrilátero**	☐ **ML estrecho**	☐ **PTB**	☐ **PTS**	☐ **KBM**		
	Interfase	☐ **Poliform**	☐ **Liner silicona**						
	Rodilla	☐ **Manual**	☐ **Autobloqueante**	☐ **Policéntrica**					
	Pierna	☐ **Duraluminio**							
	Tipo pie	☐ **Sach**	☐ **Articulado**	☐ **Dinámico**					
	Sujeción	☐ **Correas**	☐ **Elástico**	☐ **Succión**	☐ **Shuttle lock**				
	Sujeción auxiliar	☐ **Correas**	☐ **Neopreno**	☐ **Silicona**					

III. Identificación del médico especialista que respalda la indicación:

Nombre		**RUN**	
Especialidad		**Institución**	
Teléfono		**Firma y timbre**	
Correo electrónico			