

III. AYUDA(S) TÉCNICA(S) SOLICITADA(S)

IMPORTANTE: Dejar en blanco, en caso de no solicitar algún tipo de elemento.

A) ELEMENTOS ANTIESCARAS:

COJÍN ANTIESCARAS												
MARQUE MEDIDA DE ANCHO DE COJÍN (cms):	<input type="checkbox"/>	30 cm	<input type="checkbox"/>	33 cm	<input type="checkbox"/>	36 cm	<input type="checkbox"/>	38 cm	<input type="checkbox"/>	40 cm	<input type="checkbox"/>	42 cm
IMPORTANTE: La medida del cojín corresponde a la distancia de las caderas de una persona sentada en superficie plana. Considerar que esta ayuda técnica puede ser complementaria a una silla de ruedas, por lo tanto, las dimensiones deben ser similares (generalmente, el cojín es 1cm inferior al ancho de asiento de la silla de ruedas).												
<input type="checkbox"/> VISCOELÁSTICO						<input type="checkbox"/> CELDAS DE AIRE BAJO PERFIL (FLOTACIÓN SECA) <input type="checkbox"/> CELDAS DE AIRE ALTO PERFIL (FLOTACIÓN SECA)						

B) ELEMENTOS DE APOYO A LA MARCHA:

BASTONES ORTOPÉDICOS						
INDIQUE TIPO:	<input type="checkbox"/>	CANADIENSE CODERA FIJA	<input type="checkbox"/>	CANADIENSE CODERA MOVIL		
INDIQUE CANTIDAD:			<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2 (máximo)
ANDADORES (marque sólo una opción)						
<input type="checkbox"/> PLEGABLE SIN RUEDAS		<input type="checkbox"/> PLEGABLE 4 RUEDAS				
<input type="checkbox"/> 4 RUEDAS APOYO ANTEBRAZO Y AXILAR (* indicar sujeción)						
SUJECCIÓN ANDADOR 4 RUEDAS APOYO ANTEBRAZO Y AXILAR:	<input type="checkbox"/>	TORÁXICO	<input type="checkbox"/>	PÉLVICO		
IMPORTANTE: HE CONSIDERADO LAS DIMENSIONES DE LA AYUDA TÉCNICA SOLICITADA PARA EL USO EN EL DOMICILIO. (De no ser considerado, será motivo de rechazo de la solicitud)				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

C) ELEMENTOS DE DESPLAZAMIENTO Y POSICIONAMIENTO - SILLA DE RUEDAS:

MODELO DE LA SILLA DE RUEDAS (marque sólo una opción)												
<input type="checkbox"/> ESTÁNDAR NEUROLÓGICA			<input type="checkbox"/> ACTIVA COCHE NEUROLÓGICO			<input type="checkbox"/> ELÉCTRICA						
MARQUE MEDIDA DE ANCHO DE ASIENTO (cms):	<input type="checkbox"/>	30 cm	<input type="checkbox"/>	33 cm	<input type="checkbox"/>	36 cm	<input type="checkbox"/>	38 cm	<input type="checkbox"/>	40 cm	<input type="checkbox"/>	42 cm
IMPORTANTE: Para calcular el ancho de asiento de la silla de ruedas considere: a) la persona sentada en superficie plana, y b) medir la distancia entre ambas caderas agregando 1 cm al total (ancho de cadera + 1cm = ancho de asiento).												
IMPORTANTE: HE CONSIDERADO LAS DIMENSIONES DE LA AYUDA TÉCNICA SOLICITADA PARA EL USO EN EL DOMICILIO. (De no ser considerado, será motivo de rechazo de la solicitud)												<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

SILLA DE RUEDAS ESTÁNDAR (Considerar que los anchos para este tipo de silla son: 30, 33, 36, 38, 40, 42 cms.)				
APOYA BRAZOS:	<input type="checkbox"/>	ABATIBLES	<input type="checkbox"/>	DESMONTABLE REGULABLES EN ALTURA
PIERNERA:	<input type="checkbox"/>	TELESCOPICA	<input type="checkbox"/>	PINZA
APOYA PIES:	<input type="checkbox"/>	DE DOS HOJAS		
RUEDAS DELANTERAS:	<input type="checkbox"/>	MACIZAS		
RUEDAS TRASERAS:	<input type="checkbox"/>	INFLABLES		
ESTRUCTURA:	<input type="checkbox"/>	PLEGABLE		
OTROS:	<input type="checkbox"/>	PLETINA	<input type="checkbox"/>	PIERNERA ELEVABLE
IMPORTANTE: <ul style="list-style-type: none"> PLETINA: El fin de la pletina en la silla de ruedas es la movilización de los ejes, buscando el centro de gravedad de la silla para una persona que, dependiendo de su amputación, requiere de la estabilidad de esta. PIERNERA ELEVABLE: Se considera para las personas que hayan sido afectadas en algunas de sus extremidades inferiores y requieran mantener extendido su segmento. 				

SILLA DE RUEDAS ACTIVA (Considerar que los anchos para este tipo de silla son: 30, 33, 36, 38, 40, 42 cms.)				
APOYA BRAZOS:	<input type="checkbox"/>	GUARDAFANGO		
PIERNERA:	<input type="checkbox"/>	DESMONTABLE		
APOYA PIES:	<input type="checkbox"/>	UNA HOJA	<input type="checkbox"/>	DOS HOJAS
RUEDAS DELANTERAS:	<input type="checkbox"/>	MACIZAS		
RUEDAS TRASERAS:	<input type="checkbox"/>	INFLABLES CON EJES DESMONTABLES		
ESTRUCTURA:	<input type="checkbox"/>	PLEGABLE	<input type="checkbox"/>	FIJA

SILLA DE RUEDAS ELÉCTRICA (Considerar que los anchos para este tipo de silla son: 30, 33, 36, 38, 40, 42 cms.)		
RESPALDO:	BUTACA	ESTÁNDAR
COMANDO:	DERECHO	IZQUIERDO
APOYA BRAZOS:	ABATIBLE	DESMONTABLE REGULABLES EN ALTURA
PIERNERA:	TELESCÓPICO	PINZA
APOYA PIES:	UNA HOJA	DOS HOJAS
RUEDAS DELANTERAS:	MACIZAS	
RUEDAS TRASERAS:	INFLABLES	
SUJECIONES:	CINTURÓN PÉLVICO	
OTROS:	ANTIVUELCO	

SILLA DE RUEDAS NEUROLÓGICA (Considerar que los anchos para este tipo de silla son: 30, 33, 36, 38, 40, 42 cms.)		
RESPALDO:	RECLINABLE	FIJO
APOYA BRAZOS:	ABATIBLE	DESMONTABLE REGULABLES EN ALTURA
PIERNERA:	TELESCÓPICO	ELEVABLE
APOYA PIES:	DOS HOJAS	
RUEDAS DELANTERAS:	MACIZAS	
RUEDAS TRASERAS:	INFLABLES	
SISTEMA COJINES:	COMPLETO (Considera respaldo, cefálico, laterales, abductor)	
SUJECIONES:	CALZÓN PÉLVICO	PECHERA 5 PUNTAS
OTROS:	ASIENTO BASCULANTE	
IMPORTANTE: El sistema de cojines es completo, pero estos son removibles, para ajustarse a la necesidad del usuario.		

COCHE NEUROLÓGICO (Considerar que los anchos para este tipo de silla son: 30, 33, 36, 38, 40, 42 cms.)		
RESPALDO:	RECLINABLE	
APOYA BRAZOS:	ABATIBLE	REGULABLES EN ALTURA
PIERNERA:	TELESCÓPICO	ELEVABLE
APOYA PIES:	UNA HOJA	
RUEDAS DELANTERAS:	MACIZAS	
RUEDAS TRASERAS:	INFLABLES	
SISTEMA COJINES:	COMPLETO (Considera respaldo, cefálico, laterales, abductor)	
SUJECIONES:	CALZÓN PÉLVICO	PECHERA 5 PUNTAS
OTROS:	ASIENTO BASCULANTE	
IMPORTANTE: El sistema de cojines es completo, pero estos son removibles, para ajustarse a la necesidad del usuario.		

D) ELEMENTOS DE POSICIONAMIENTO:

BIPEDESTADOR (marque sólo una opción)		
MARQUE TIPO:	<input type="checkbox"/> PRONO	<input type="checkbox"/> SUPINO
INDIQUE CARACTERÍSTICAS DEL BIPEDESTADOR (obligatorio):		
MEDIDAS:		
SISTEMA DE SUJECIÓN:		
SISTEMA DE COJINES:		

ASIENTO PEDIÁTRICO (SITTING) (marque sólo una opción)		
	<input type="checkbox"/> S (persona hasta 91 cms.)	<input type="checkbox"/> M (persona hasta 122 cms.)

MOBILIARIO ADAPTADO					
<input type="checkbox"/> SILLA/MESA DE MADERA ADAPTADA (TIPO MODULAR) (Debe indicar medidas)					
INDIQUE:	PROFUNDIDAD (cms):		ALTO (cms):		ANCHO (cms):

E) ELEMENTOS DE TRANSFERENCIA:

TABLA DE TRANSFERENCIA	
<input type="checkbox"/>	TABLA DE TRANSFERENCIA POLICARBONATO

IMPORTANTE: HE CONSIDERADO LAS DIMENSIONES DE LAS AYUDAS TÉCNICAS SOLICITADAS PARA EL USO EN EL DOMICILIO. (De no ser considerado, será motivo de rechazo de la solicitud)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

F) ELEMENTOS DE REHABILITACIÓN:

<input type="checkbox"/>	COLCHONETA ROLLO TERAPÉUTICO	<input type="checkbox"/>	CUÑA TERAPÉUTICA MANÍ TERAPÉUTICO	<input type="checkbox"/>	BALÓN TERAPÉUTICO
MEDIDASCOLCHONETA	LARGO (cms.)		ANCHO (cms):		ESPESOR (cms):
MEDIDA DE CUÑA	LARGO (cms.)		ANCHO (cms):		ALTO (cms):
MEDIDA DE BALÓN TERAPÉUTICO (cms. de diámetro):	<input type="checkbox"/> 30 cms.	<input type="checkbox"/> 45 cms.	<input type="checkbox"/> 55 cms.	<input type="checkbox"/> 65 cms.	<input type="checkbox"/> 75 cms.
MEDIDA DE ROLLO TERAPÉUTICO(cms. de diámetro):	<input type="checkbox"/> 30 cms.	<input type="checkbox"/> 40 cms.	<input type="checkbox"/> 55 cms.	<input type="checkbox"/> 70 cms.	
MEDIDA DE MANÍ TEREPÉUTICO (cms. de diámetro):	<input type="checkbox"/> 30 cms.	<input type="checkbox"/> 40 cms.	<input type="checkbox"/> 55 cms.	<input type="checkbox"/> 70 cms.	

G) ELEMENTOS PARA APOYO VISUAL:

<input type="checkbox"/>	REGLETA Y PUNZÓN CARTA
<input type="checkbox"/>	REGLETA Y PUNZÓN OFICIO
<input type="checkbox"/>	MÁQUINA BRAILLE
<input type="checkbox"/>	Indique valores:
<input type="checkbox"/>	BASTÓN GUIADOR, DE LONGITUD: <input type="text"/> cms. (Valores desde 90 cms.)
<input type="checkbox"/>	LUPA CON LUZ, DE AUMENTO: <input type="checkbox"/> X (Valores entre 3X y 10X)
<input type="checkbox"/>	LUPA DIGITAL (con pantalla), DE AUMENTO: <input type="checkbox"/> X (Valores entre 10X y 24X)
<input type="checkbox"/>	TELESCOPIO, DE AUMENTO: <input type="checkbox"/> X (Valores entre 2X y 8X)
IMPORTANTE: Para calcular la longitud del bastón guiador considere: a) La persona en posición de pie, y b) obtener la distancia producida entre la porción terminal de esternón hasta el suelo.	

H) ELEMENTOS PARA APOYO A LA INTEGRACIÓN EDUCATIVA:

IMPORTANTE:					
<ul style="list-style-type: none"> • Junto al formulario de solicitud, se debe adjuntar DOCUMENTO FORMAL que demuestre que el niño(a) SE ENCUENTRA REALIZANDO PROCESO DE INTREGACIÓN EDUCACIONAL (certificado de alumno regular de Jardín Infantil, PIE, centro de rehabilitación u otro pertinente). • Notebook se aceptará como apoyo al proceso de integración educativa, cuando esté asociados a discapacidad sensorial (visual o auditiva), física (afectando principalmente miembro superior), así como para proceso de estimulación cognitiva. • Sólo se financiarán Hardware (notebook, pantalla, teclados y mouse). 					
<input type="checkbox"/>	NOTEBOOK	<input type="checkbox"/>	MOUSE TRACKBALL	<input type="checkbox"/>	TECLADO INTELLKEYS
<input type="checkbox"/>	TECLADO BIGKEYS	<input type="checkbox"/>	COMUNICADOR DE 20 CARACTERES		
IMPORTANTE: HE CONSIDERADO LOS CRITERIOS REQUERIDOS DE LA AYUDA TÉCNICA SOLICITADA, PARA EL USO EN ÁMBITO EDUCACIONAL.					<input type="checkbox"/> SI
(De no ser considerado, será motivo de rechazo de la solicitud)					<input type="checkbox"/> NO

I) ELEMENTOS PARA LA HIGIENE:

<input type="checkbox"/>	ALZA WC CON APOYA BRAZOS	<input type="checkbox"/>	WC PORTÁTIL SIN RUEDAS	<input type="checkbox"/>	WC PORTÁTIL CON RUEDAS
<input type="checkbox"/>	SILLA DE TINA DE TRANSFERENCIA	<input type="checkbox"/>	SILLA DE TINA GIRATORIA	<input type="checkbox"/>	BANQUETA DE TINA
<input type="checkbox"/>	LAVAPELO RÍGIDO	<input type="checkbox"/>	LAVAPELO INFLABLE		
SILLA DE DUCHA INFANTIL (Indicar tamaño y soporte)					
CARACTERÍSTICAS DE SILLA DE DUCHA INFANTIL (obligatorio)					
TAMAÑO:	<input type="checkbox"/> S (hasta 91cms.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M (hasta 127cms.)		
SOPORTE:	<input type="checkbox"/> Soporte para tina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Soporte para ducha		
IMPORTANTE: La silla de ducha posee un soporte incluido en la misma silla. Favor indicar de requerir un adicional, en caso de ser estrictamente necesario.					

J) ELEMENTOS PARA LA ACCESIBILIDAD:

<input type="checkbox"/>	RAMPA PORTÁTIL 120CM	<input type="checkbox"/>	BARRA DE TINA EN ÁNGULO 90° DE 50X50CM
<input type="checkbox"/>	RAMPA PORTÁTIL 150CM	<input type="checkbox"/>	BARRA DE TINA EN ÁNGULO 135° DE 50X50CM
<input type="checkbox"/>	RAMPA PORTÁTIL 180CM	<input type="checkbox"/>	BARRA DE TINA DE RINCÓN TRIPLE DER. 73X73X50CM
<input type="checkbox"/>	BARRAS DE TINA RECTA 30CM	<input type="checkbox"/>	BARRA DE TINA DE RINCÓN TRIPLE IZQ. 73X73X50CM
<input type="checkbox"/>	BARRAS DE TINA RECTA 40CM	<input type="checkbox"/>	BARRA DE WC ABATIBLE 70CM.
<input type="checkbox"/>	BARRAS DE TINA RECTA 60CM	<input type="checkbox"/>	BARRA DE WC PARED SUELO DERECHA
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	BARRA DE WC PARED SUELO IZQUIERDA

IMPORTANTE: HE CONSIDERADO LAS DIMENSIONES DE LAS AYUDAS TÉCNICAS SOLICITADAS PARA EL USO EN EL DOMICILIO.
(De no ser considerado, será motivo de rechazo de la solicitud)

SI
 NO

K) ELEMENTOS PROTÉSICOS:

ANTECEDENTES MÉDICOS Y DIAGNÓSTICOS				
ORIGEN DE LA SECUELA:	<input type="checkbox"/>	CONGÉNITA	<input type="checkbox"/>	TRAUMÁTICA
	<input type="checkbox"/>	NEUROLÓGICA	<input type="checkbox"/>	OTRA:
TIEMPO DE AMPUTACIÓN (meses)				TIEMPO USO DE PRÓTESIS (meses)
TIPO DE AMPUTACIÓN	<input type="checkbox"/>	UNILATERAL	<input type="checkbox"/>	BILATERAL
EXTREMIDAD A TRATAR	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR	<input type="checkbox"/>	INFERIOR
SEGMENTO A TRATAR	<input type="checkbox"/>	DERECHO	<input type="checkbox"/>	IZQUIERDO
FUNCIONALIDAD ESPERADA	<input type="checkbox"/>	TRANSFERENCIAS	<input type="checkbox"/>	EN EL HOGAR
			<input type="checkbox"/>	EXTRADOMICILIO

CONSIDERACIONES DE AMPUTACIÓN: INDIQUE				
¿CUMPLE CON LAS CONDICIONES MÉDICAS Y FÍSICAS ADECUADAS PARA USO DE PRÓTESIS?*	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
¿HA RECIBIDO O ESTA RECIBIENDO TRATAMIENTO PRE-PROTÉSICO?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
¿CONSIDERA ENTRENAMIENTO PROTÉSICO?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO

IMPORTANTE: De no cumplir con las condiciones médicas y físicas para la utilización de prótesis, no se aceptará esta solicitud.

NIVEL AMPUTACIÓN MIEMBRO SUPERIOR				
DE MANO:	<input type="checkbox"/>	DEDOS	<input type="checkbox"/>	MANO
BAJO CODO:	<input type="checkbox"/>	1/3 DISTAL	<input type="checkbox"/>	1/3 MEDIO
SOBRE CODO:	<input type="checkbox"/>	1/3 DISTAL	<input type="checkbox"/>	1/3 MEDIO
HOMBRO:	<input type="checkbox"/>	DESARTICULADO	<input type="checkbox"/>	TRANSESCAPULAR
			<input type="checkbox"/>	1/3 PROXIMAL
			<input type="checkbox"/>	1/3 PROXIMAL

NIVEL AMPUTACIÓN MIEMBRO INFERIOR				
DE PIE:	<input type="checkbox"/>	LISFRANC	<input type="checkbox"/>	CHOPART
TRANSIBIAL:	<input type="checkbox"/>	1/3 DISTAL	<input type="checkbox"/>	1/3 MEDIO
TRANSFEMORAL:	<input type="checkbox"/>	DESARTICULADO RODILLA	<input type="checkbox"/>	1/3 MEDIO
DE CADERA:	<input type="checkbox"/>	DESARTICULADO	<input type="checkbox"/>	HEMIPELVECTOMÍA
			<input type="checkbox"/>	SYME
			<input type="checkbox"/>	1/3 PROXIMAL
			<input type="checkbox"/>	1/3 PROXIMAL

COMPONENTES DE PRÓTESIS MIEMBRO SUPERIOR					
PRÓTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR	TIPO DE PRÓTESIS	<input type="checkbox"/>	Modular	<input type="checkbox"/>	Convencional
	SOCKET (indicar)*	<input type="text"/>			
	CODO (indicar)*	<input type="text"/>			
	TERMINACIÓN	<input type="checkbox"/>	Gancho	<input type="checkbox"/>	Mano cosmética
		<input type="checkbox"/>	Mano mecánica	<input type="checkbox"/>	Guante
	SUJECCIÓN (indicar)*	<input type="text"/>			
	MONTAJE MUÑECA	<input type="checkbox"/>	Con rosca	<input type="checkbox"/>	Con bloqueo
	PRÓTESIS DEDOS **	<input type="text"/>			
MATERIAL (indicar)*	<input type="text"/>				

COMPONENTES DE PRÓTESIS MIEMBRO INFERIOR	
PROTESIS DE MIEMBRO INFERIOR	TIPO DE PRÓTESIS <input type="checkbox"/> Modular <input type="checkbox"/> Convencional
	SOCKET (indicar)* <input type="text"/>
	INTERFASE (indicar)* <input type="text"/>
	RODILLA <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Autobloqueante <input type="checkbox"/> Policéntrica
	PIERNA (indicar)* <input type="text"/>
	TIPO PIE <input type="checkbox"/> Sach <input type="checkbox"/> Articulado <input type="checkbox"/> Dinámico
	SISTEMA SUJECCIÓN <input type="checkbox"/> Correas <input type="checkbox"/> Elástico <input type="checkbox"/> Succión <input type="checkbox"/> Shuttlelock
	SUJECCIÓN AUXILIAR* <input type="text"/>
	MATERIAL (indicar)* <input type="text"/>
IMPORTANTE:	
* Sólo si es necesario, resaltar una característica específica de los materiales o parte de la prótesis solicitada, de acuerdo a la situación particular de la persona.	
**Señalar las características de prótesis de mano, en caso que la persona requiera esta ayuda técnica.	

L) ELEMENTOS ORTÉSICOS:

ANTECEDENTES MÉDICOS Y DIAGNÓSTICOS			
SEGMENTO A TRATAR:	<input type="checkbox"/> DERECHO	<input type="checkbox"/> IZQUIERDO	
ORIGEN DE LA SECUELA:	<input type="checkbox"/> CONGÉNITA	<input type="checkbox"/> TRAUMÁTICA	
	<input type="checkbox"/> NEUROLÓGICA	<input type="checkbox"/> OTRA:	<input type="text"/>

ÓRTESIS DE MIEMBRO INFERIOR		
<input type="checkbox"/> ÓRTESIS TOBILLO PIE (OTP)	<input type="checkbox"/> ISQUIOPIE	<input type="checkbox"/> PELVIPEDIO
CARACTERÍSTICAS DE ORTESIS MIEMBRO INFERIOR		
Sujeción	Terminación	Materiales
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PLANTILLA ORTOPÉDICA				
SEGMENTO A TRATAR	<input type="checkbox"/> DERECHO	<input type="checkbox"/> IZQUIERDO		
TIPO DE PLANTILLA	<input type="checkbox"/> MOLDEADA	<input type="checkbox"/> ESTÁNDAR	<input type="checkbox"/> CON RELLENO ANTERIOR	<input type="checkbox"/> SILICONA

CALZADO ORTOPÉDICO			
TIPO DE CALZADO	<input type="checkbox"/> CON REALCE	<input type="checkbox"/> BALANCIN RETROCAPITAL	<input type="checkbox"/> CAJA AMPLIA

ÓRTESIS DE TRONCO					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BIVALVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BOSTON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MILWAUKEE
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> JEWET

M) ELEMENTOS PARA LA AUDICIÓN:

IMPORTANTE:			
<ul style="list-style-type: none"> Los exámenes audiométricos (audiometría, impedanciometría, BERA, etc.) no pueden sobrepasar los 6 meses de antigüedad. Debe adjuntar audiometría más impedanciometría, para la postulación de audífonos y/o equipo FM para menores de 12 años. Debe adjuntar BERA más Impedanciometría, para personas que no pueden cooperar con la audiometría tonal convencional. Considerar que el BERA deberá incluir los registros de la respuesta y la conclusión. El equipo FM (receptor(es), transmisor o ambos) sólo será considerado en el ámbito educativo y según la situación particular del (de la) solicitante, debiendo adjuntar certificado de alumno regular u otro pertinente. El financiamiento de audífonos/equipo FM junto con notebook, sólo será aprobado de acuerdo a la situación particular del (de la) solicitante. 			
ANTECEDENTES:			
UTILIZACIÓN AUDÍFONOS	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NUNCA HA UTILIZADO
OÍDO QUE UTILIZA AUDÍFONO	<input type="checkbox"/> DERECHO	<input type="checkbox"/> IZQUIERDO	
MODELO QUE UTILIZA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TIEMPO USO (meses) <input type="text"/>

DIAGNOSTICO O.R.L.			
TIPO DE PÉRDIDA	<input type="checkbox"/> NEUROSENSORIAL	<input type="checkbox"/> TRANSMISIVA	<input type="checkbox"/> MIXTA
EDAD ADQUISICIÓN	<input type="checkbox"/> CONGÉNITA	<input type="checkbox"/> ADQUIRIDA	<input type="checkbox"/> PRELINGUAL <input type="checkbox"/> POSTLINGUAL
PATOLOGÍAS	<input type="checkbox"/> H.S.N. CONGÉNITA	<input type="checkbox"/> TORCHES	<input type="checkbox"/> OTITIS CRÓNICA <input type="checkbox"/> AGENESIA
	<input type="checkbox"/> OTRA (indicar)		
OTRA PATOLOGÍA	<input type="text"/>		

GRADO DE PÉRDIDA AUDITIVA		
GRADOS DE PÉRDIDA AUDITIVA	OÍDO DERECHO	OÍDO IZQUIERDO
	<input type="checkbox"/> LEVE (20-40 dB.)	<input type="checkbox"/> LEVE (20-40 dB.)
	<input type="checkbox"/> MEDIA (40-70 dB.)	<input type="checkbox"/> MEDIA (40-70 dB.)
	<input type="checkbox"/> SEVERA (70-90 dB.)	<input type="checkbox"/> SEVERA (70-90 dB.)
	<input type="checkbox"/> SORDERA (+ de 90 dB.)	<input type="checkbox"/> SORDERA (+ de 90 dB.)
P.T.P. V.A.		
V.O.		
% DISCRIMINACIÓN		
EXÁMENES REALIZADOS		
<input type="checkbox"/> AUDIOMETRÍA TONAL	<input type="checkbox"/> IMPEDANCIOMETRÍA	<input type="checkbox"/> PRUEBA DE AUDÍFONOS
<input type="checkbox"/> LOGOAUDIOMETRÍA	<input type="checkbox"/> PEAT	<input type="checkbox"/> AUDIOMETRÍA A CAMPO LIBRE
SUGIERE CONTROL AUDIOLÓGICO		
<input type="checkbox"/> SEMESTRAL	<input type="checkbox"/> ANUAL	

AUDÍFONO		
IMPORTANTE: - Marque sólo una opción por cada oído. - Si la indicación es unilateral, marque sólo en el oído que desea implementar.	OÍDO DERECHO	OÍDO IZQUIERDO
	<input type="checkbox"/> RETROAURICULAR	<input type="checkbox"/> RETROAURICULAR
	<input type="checkbox"/> CIC	<input type="checkbox"/> CIC
	<input type="checkbox"/> CINTILLO ÓSEO	<input type="checkbox"/> CINTILLO ÓSEO
	<input type="checkbox"/> SISTEMA CROS / BICROS	<input type="checkbox"/> SISTEMA CROS / BICROS
INDIQUE CARACTERÍSTICAS		
EQUIPO FM		
RECEPTOR	<input type="checkbox"/> OÍDO DERECHO	<input type="checkbox"/> OÍDO IZQUIERDO
TRANSMISOR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
INDIQUE CARACTERÍSTICAS		

IV. PLAN DE INTERVENCIÓN ASOCIADO A LA AYUDA TÉCNICA:

IMPORTANTE: Ítem obligatorio. Realizado por profesional que indica, o responsable del plan posterior entrega.

RECAMBIO DE LA AYUDA TECNICA		
IMPORTANTE: Informar si la(s) ayuda(s) técnica(s) indicada(s) corresponde(n) a una renovación.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

DESCRIPCIÓN DE OBJETIVO(S)E IMPACTO DESEADO CON LA(S) AYUDA(S) TÉCNICA(S) INDICADA(S)			
IMPORTANTE: Deben estar en directa relación a la(s) área(s) de inclusión especificadas en Ítem II:			
a) EDUCACIÓN	b) SALUD	c) PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	d) ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

ACTIVIDADES A DESARROLLAR CON LA(S) AYUDA(S) TÉCNICA(S) INDICADA(S)	
Nº	DESCRIPCIÓN
1	
2	
3	

