



ANEXO N°13 FORMULARIO DE INDICACIÓN ELEMENTOS ANTIESCARAS 2016

FIRMA Y TIMBRE DE MÉDICO ES OBLIGATORIO (Ítem V)

PROFESIONALES CONSIDERADOS PARA LA INDICACIÓN DE ELEMENTOS ANTIESCARAS:
MÉDICO (GENERAL O ESPECIALISTA), ENFERMERA, KINESIÓLOGO, TERAPEUTA OCUPACIONAL

IMPORTANTE: POR FAVOR CONSIDERE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

1. Todos los campos son obligatorios.
2. Formulario exclusivo para personas **de 7 años en adelante.**
3. Formularios deben ser legibles.
4. Formularios son válidos hasta 1 año de antigüedad.
5. SENADIS no financia ayudas técnicas cubiertas por otros organismos del Estado.

FECHA DE INDICACIÓN / /

I. ANTECEDENTES PERSONALES DEL SOLICITANTE:

NOMBRE								R.U.T.													-
F. NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)		/		/				EDAD													
DIAGNÓSTICO(S)																					
PESO (kgs.)				ESTATURA (mts.)				CONTEXTURA													
DESCRIPCIÓN DE FUNCIONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS FÍSICAS																					
TIPO DE DEFICIENCIA						FÍSICA				SENSORIAL				PSÍQUICA/MENTAL							
LIMITACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD¹						LEVE				MODERADO				SEVERO				GRAVE			

II. ÁREA(S) DE INCLUSIÓN A FAVORECER CON LA(S) AYUDA(S) TÉCNICA(S) SOLICITADAS:

<input type="checkbox"/> a) EDUCACIÓN	<input type="checkbox"/> b) SALUD	<input type="checkbox"/> c) LABORAL
<input type="checkbox"/> d) PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	<input type="checkbox"/> e) ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	

¹ Se refiere al grado de funcionamiento del usuario(a) en relación al contexto y su desempeño en las actividades cotidianas.

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

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

COJÍN ANTIESCARAS												
MARQUE MEDIDA DE ANCHO DE COJÍN (cms):	<input type="checkbox"/>	36 cm	<input type="checkbox"/>	39 cm	<input type="checkbox"/>	42 cm	<input type="checkbox"/>	45 cm	<input type="checkbox"/>	48 cm	<input type="checkbox"/>	50 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"/>	CELDA(S) DE AIRE BAJO PERFIL (FLOTACIÓN SECA)					
<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	CELDA(S) DE AIRE ALTO PERFIL (FLOTACIÓN SECA)					

COLCHÓN ANTIESCARAS					
IMPORTANTE: Este elemento se financiará para personas desde los 7 años, en adelante.					
<input type="checkbox"/>	VISCOELÁSTICO	<input type="checkbox"/>	CELDA(S) DE AIRE 2 SECCIONES	<input type="checkbox"/>	CELDA(S) DE AIRE 3 SECCIONES

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 punto II: a) EDUCACIÓN b) SALUD c) LABORAL d) PARTICIPACIÓN COMUNITARIA e) ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

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

NOMBRE PROFESIONAL		RUT PROFESIONAL									
PROFESIÓN	INSTITUCIÓN										
DIRECCIÓN											
TELÉFONOS	E-MAIL										
FIRMA						TIMBRE					

