

ANEXO N°20
FORMULARIO DE INDICACIÓN ELEMENTOS DE APOYO PARA LA MARCHA 2016

FIRMA Y TIMBRE DE MÉDICO ES OBLIGATORIO (Ítem V)
 PROFESIONALES CONSIDERADOS PARA LA INDICACIÓN DE ELEMENTOS PARA LA MARCHA:
 MÉDICO (GENERAL O ESPECIALISTA), 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.

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"/>	CON ASIENTO
<input type="checkbox"/>	4 RUEDAS APOYO ANTEBRAZO Y AXILAR (* indicar sujeción)	<input type="checkbox"/>	PLEGABLE 2 RUEDAS
		<input type="checkbox"/>	PLEGABLE 4 RUEDAS
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

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) 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											

V. MÉDICO QUE RESPALDA ESTA INDICACIÓN:
 IMPORTANTE: Ítem obligatorio.

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