

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

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

ANTECEDENTES MÉDICOS Y DIAGNÓSTICOS				
ORIGEN DE LA SECUELA:	<input type="checkbox"/> CONGÉNITA	<input type="checkbox"/> TRAUMÁTICA	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> ENF. VASCULAR
	<input type="checkbox"/> NEUROLÓGICA	<input type="checkbox"/> TUMOR	<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-PRÓTESICO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿CONSIDERA ENTRENAMIENTO PRÓTESICO?	<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	<input type="checkbox"/> 1/3 PROXIMAL
SOBRE CODO:	<input type="checkbox"/> 1/3 DISTAL	<input type="checkbox"/> 1/3 MEDIO	<input type="checkbox"/> 1/3 PROXIMAL
HOMBRO:	<input type="checkbox"/> DESARTICULADO	<input type="checkbox"/> TRANSESCAPULAR	

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

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	
PRÓTESIS 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"/> Shuttle lock
	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.

