

Firma y timbre del profesional que indica y del médico que respalda son obligatorias (ítem III - IV)

**Importante:** si bien la indicación de elementos para la vida diaria y accesibilidad puede ser apoyada por profesional kinesiólogo(a), terapeuta ocupacional, debe ser **respaldado obligatoriamente** por un médico (general o especialista). De lo contrario, se considera motivo de **rechazo de la postulación**.

Anexo 19:

## FORMULARIO DE INDICACIÓN ELEMENTOS PARA LA VIDA DIARIA Y ACCESIBILIDAD 2018

Fecha de indicación

/  /

### I. Antecedentes personales del solicitante

Nombre

Run

-

Diagnóstico(s)

Descripción funcional y/o características físicas  
(Justificación de la solicitud de la ayuda técnica)

Limitación en la funcionalidad<sup>1</sup>

Leve

Moderado

Severo

### II. Ayuda(s) técnica(s) solicitada(s)

#### A) Elementos para la higiene

Alza baño con apoya brazos

Silla de tina de transferencia

Lavapelo rígido

Baño portátil sin ruedas

Silla de tina giratoria

Lavapelo inflable

Baño portátil con ruedas

Banqueta de tina

Silla de ducha con respaldo y apoya brazos

Silla de ducha adaptada (indicar tamaño y soporte)

Características de silla de ducha adaptada (obligatorio)

Tamaño:

S (hasta 91 cm.)

M (hasta 127 cm.)

L (hasta 173 cm.)

Soporte:

Soporte para tina

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.

#### B) Elementos para la accesibilidad

**Importante:** la solicitud de 2 barras se considerará como una ayuda técnica

Rampa portátil:  120 cm.  150 cm.  180 cm.

Barra de baño abatible:  70 cm.

Barra de tina recta:  30 cm.  40 cm.  60 cm.

Barra de tina en ángulo de 50x50 cm.:  90°  135°

Barra de tina de rincón triple 70x70x50 cm.:  Izquierda  Derecha

Barra de baño pared suelo:  Izquierda  Derecha

Importante: he considerado las dimensiones de las ayudas técnicas solicitadas para el uso en el domicilio, así como estructura de la vivienda. (De no ser considerado, será motivo de rechazo de la solicitud)

Si

No

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

### III. Plan de intervención asociado a la(s) ayuda(s) técnica(s)

Marque las áreas de inclusión más relevantes e indique objetivos para cada una de ellas.

**Importante:** Realizado por profesional que indica o responsable del plan posterior entrega.

Área de inclusión a favorecer con la(s) ayuda(s) técnica(s) solicitada(s)	Objetivos Importante: deben estar en directa relación con las áreas de inclusión que se busca favorecer
<input type="checkbox"/> Educación: Acceso al sistema educativo (formal, informal o especial).	
<input type="checkbox"/> Participación Comunitaria: Participación en actividades en contextos familiares, políticos, culturales, económicos sociales y de recreación.	
<input type="checkbox"/> Salud: Procesos que favorecen la prevención del aumento en el grado de discapacidad y facilitan la funcionalidad.	
<input type="checkbox"/> Laboral: Acceso al trabajo remunerado (formal e informal) y/o voluntariado.	
<input type="checkbox"/> Actividades de la vida diaria: Actividades básicas e instrumentales que favorezcan la independencia/autonomía.	

### IV. Profesional que indica y médico que respalda la indicación

**Importante:** si bien la indicación de elementos para la vida diaria y accesibilidad puede ser apoyada por profesional kinesiólogo(a), terapeuta ocupacional, debe ser **respaldado obligatoriamente** por un médico (general o especialista). De lo contrario, se considera motivo de **rechazo de la postulación**.

Profesional que indica		Médico que respalda indicación	
Nombre		Nombre	
Run		Run	
Profesión		Profesión	
Institución		Institución	
Comuna	Teléfono(s)	Comuna	Teléfono(s)
E-mail		E-mail	
Firma y timbre		Firma y timbre	