

Importante:

- La indicación de estos elementos debe ser realizada por un **médico general o especialista**. De lo contrario, se considera motivo de **rechazo de la postulación**.

- Para completar adecuadamente este formulario respecto a la selección de las características de las Ayudas Técnicas, requiere estar en conocimiento del Anexo N°1 "Listado de Ayudas Técnicas y Tecnologías de Apoyo año 2024" de SENADIS, disponible en el sitio web: <https://www.senadis.gob.cl/>, sección "Trámites y Beneficios" y luego "Programa de Ayudas Técnicas".

Fecha de indicación	/	/
---------------------	---	---

I. Antecedentes personales del solicitante:

Nombre:	RUN:
Diagnóstico(s):	
Justificación solicitud de la Ayuda Técnica:	

II. Ayuda(s) Técnica(s) a solicitar:

CATEGORÍA: APOYO VISUAL	
* Marque la Ayuda Técnica y sus características a solicitar	
Ayuda Técnica	Características
<input type="checkbox"/> Lupa digital	No aplica

CATEGORÍA: ESTABILIZACIÓN Y POSICIONAMIENTO		
* Marque la Ayuda Técnica y sus características a solicitar		
Ayuda Técnica	Características	
<input type="checkbox"/> Asiento de posicionamiento	Talla	<input type="checkbox"/> S
		<input type="checkbox"/> M
		<input type="checkbox"/> L
		<input type="checkbox"/> XL
<input type="checkbox"/> Bipedestador manual prono	Talla	<input type="checkbox"/> Talla 1
		<input type="checkbox"/> Talla 2
		<input type="checkbox"/> Talla 3

<input type="checkbox"/> Bipedestador manual supino	Talla	<input type="checkbox"/> Talla 1
		<input type="checkbox"/> Talla 2
<input type="checkbox"/> Catre clínico	Tipo	<input type="checkbox"/> Eléctrico
		<input type="checkbox"/> Manual
<input type="checkbox"/> Silla / mesa de posicionamiento (modular)	Talla	<input type="checkbox"/> S
		<input type="checkbox"/> M
		<input type="checkbox"/> L
		<input type="checkbox"/> XL

CATEGORÍA: MOVILIDAD Y TRANSFERENCIAS		
* Marque la Ayuda Técnica y sus características a solicitar		
Ayuda Técnica	Características	
<input type="checkbox"/> Andador 4 ruedas con apoyo	Talla	<input type="checkbox"/> S
		<input type="checkbox"/> M
		<input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/> Andador 4 ruedas con asiento (de paseo)	No aplica	
<input type="checkbox"/> Andador articulado sin ruedas	No aplica	
<input type="checkbox"/> Grúa de transferencia	Tipo	<input type="checkbox"/> Eléctrica
		<input type="checkbox"/> Manual

CATEGORÍA: PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN			
* Marque la Ayuda Técnica y sus características a solicitar			
Ayuda Técnica	Características		
<input type="checkbox"/> Cojín antiescaras celdas de aire alto perfil	Talla	<input type="checkbox"/> Talla 1	<input type="checkbox"/> Talla 2
		<input type="checkbox"/> Talla 3	<input type="checkbox"/> Talla 4
		<input type="checkbox"/> Talla 5	<input type="checkbox"/> Talla 6
		<input type="checkbox"/> Talla 7	
<input type="checkbox"/> Cojín antiescaras celdas de aire bajo perfil	Talla	<input type="checkbox"/> Talla 1	<input type="checkbox"/> Talla 2
		<input type="checkbox"/> Talla 3	<input type="checkbox"/> Talla 4
		<input type="checkbox"/> Talla 5	<input type="checkbox"/> Talla 6
		<input type="checkbox"/> Talla 7	
<input type="checkbox"/> Cojín antiescaras viscoelástico	Talla	<input type="checkbox"/> Talla 1	<input type="checkbox"/> Talla 2
		<input type="checkbox"/> Talla 3	<input type="checkbox"/> Talla 4
		<input type="checkbox"/> Talla 5	<input type="checkbox"/> Talla 6
		<input type="checkbox"/> Talla 7	<input type="checkbox"/> Talla 8
		<input type="checkbox"/> Talla 9	<input type="checkbox"/> Talla 10
<input type="checkbox"/> Colchón antiescaras celdas de aire 3 secciones	No aplica		
<input type="checkbox"/> Colchón antiescaras viscoelástico	No aplica		

III. Identificación del médico general o especialista que respalda la indicación:

(*) Campos obligatorios, en caso de no completar con la información requerida es motivo de rechazo de la postulación

(*) Nombre:	(*) RUN:
(*) Profesión / Especialidad:	Institución:
Teléfono:	(*) Firma y timbre de profesional que indica:
Correo electrónico:	