



FORMULARIO ÚNICO DE INDICACIÓN N°1A DE AYUDAS TÉCNICAS CON RESPALDO MÉDICO



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 2025" de SENADIS, disponible en el sitio web: <https://www.senadis.gob.cl/>, sección "Trámites y Beneficios" y luego "Programa de Ayudas Técnicas".
- Este Formulario de indicación está unificado y podrá ser utilizado en todas las Convocatorias para el financiamiento de ayudas técnicas 2025.

(*) Fecha de indicación

 / /

I. Antecedentes personales del solicitante:

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

(*) Nombre:

(*) RUN:

 -

(*) Diagnóstico(s) médico(s):

(*) Justificación de la solicitud de la ayuda técnica:

II. Ayuda(s) Técnica(s) a solicitar:

Marque la(s) ayuda(s) técnica(s) que requiera y sus características a solicitar según corresponda

CATEGORÍA: APOYO VISUAL



Lupa digital

CATEGORÍA: ESTABILIZACIÓN Y POSICIONAMIENTO

<input type="radio"/> Asiento de posicionamiento	Talla	<input type="radio"/>	S
		<input type="radio"/>	M
		<input type="radio"/>	L
		<input type="radio"/>	XL
<input type="radio"/> Bipedestador manual prono	Talla	<input type="radio"/>	Talla 1
		<input type="radio"/>	Talla 2
		<input type="radio"/>	Talla 3
<input type="radio"/> Bipedestador manual supino	Talla	<input type="radio"/>	Talla 1
		<input type="radio"/>	Talla 2
<input type="radio"/> Catre clínico	Tipo	<input type="radio"/>	Eléctrico
		<input type="radio"/>	Manual
<input type="radio"/> Silla / mesa de posicionamiento (modular)	Talla	<input type="radio"/>	S
		<input type="radio"/>	M
		<input type="radio"/>	L
		<input type="radio"/>	XL

CATEGORÍA: MOVILIDAD Y TRANSFERENCIAS

<input type="radio"/> Andador 4 ruedas con apoyo	Talla	<input type="radio"/>	S
		<input type="radio"/>	M
		<input type="radio"/>	L
<input type="radio"/> Andador 4 ruedas con asiento (de paseo)			
<input type="radio"/> Andador articulado sin ruedas			
<input type="radio"/> Grúa de transferencia	Tipo	<input type="radio"/>	Eléctrico
		<input type="radio"/>	Manual

CATEGORÍA: PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

<input type="radio"/> Cojín antiescaras celdas de aire alto perfil	Talla	<input type="radio"/> Talla 1	<input type="radio"/> Talla 2
		<input type="radio"/> Talla 3	<input type="radio"/> Talla 4
		<input type="radio"/> Talla 5	<input type="radio"/> Talla 6
		<input type="radio"/> Talla 7	
<input type="radio"/> Cojín antiescaras celdas de aire bajo perfil	Talla	<input type="radio"/> Talla 1	<input type="radio"/> Talla 2
		<input type="radio"/> Talla 3	<input type="radio"/> Talla 4
		<input type="radio"/> Talla 5	<input type="radio"/> Talla 6
		<input type="radio"/> Talla 7	
<input type="radio"/> Cojín antiescaras viscoelástico	Talla	<input type="radio"/> Talla 1	<input type="radio"/> Talla 2
		<input type="radio"/> Talla 3	<input type="radio"/> Talla 4
		<input type="radio"/> Talla 5	<input type="radio"/> Talla 6
		<input type="radio"/> Talla 7	<input type="radio"/> Talla 8
<input type="radio"/> Colchón antiescaras celdas de aire 3 secciones			
<input type="radio"/> Colchón antiescaras viscoelástico			

(*) RUN del solicitante:

 -

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:

Institución:

(*) Teléfono:

(*) Correo electrónico:

(*) Firma y timbre: