

Importante:

- La indicación de prótesis ocular debe ser indicada por **médico oftalmólogo**. 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:

(*) Indique si su cavidad ocular se encuentra preparada para el uso de una prótesis:

SI
 NO

II. Ayuda(s) Técnica(s) a solicitar:

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

CATEGORÍA: PRÓTESIS OCULAR

<input checked="" type="radio"/> Prótesis ocular	Segmento a tratar	<input checked="" type="radio"/> Derecho
		<input type="radio"/> Izquierdo
		<input type="radio"/> Ambos
	Prótesis a solicitar	<input type="radio"/> Vidrio
		<input type="radio"/> Polimetilmetacrilato (PMMA)

(*) RUN del solicitante:

 -

III. Identificación del médico 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: