

Formulario Único de Indicación N°1A 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 o solicitud.
- 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 2026” de SENADIS, disponible en el sitio web: <https://www.senadis.gob.cl/>, sección “Trámites y Beneficios” y luego “Programa de Ayudas Técnicas”.
- El presente formulario de indicación tiene carácter transversal y será de uso obligatorio en todas las convocatorias de financiamiento de ayudas técnicas del año 2026, tanto para el Programa Regular como para el Subsistema de Seguridades y Oportunidades.

Fecha de indicación:	
----------------------	--

1. Antecedentes personales del solicitante:

Todos los campos son obligatorios. Si no se completan, la postulación o solicitud podrá ser rechazada.

Nombre:	
RUN:	
Diagnósticos médicos:	
Justificación de la indicación de la ayuda técnica: (Debe incluir características funcionales de la persona y objetivo de la utilización de la ayuda técnica)	

2. Ayuda(s) Técnica(s) a solicitar:

Marque las ayudas técnicas requeridas y sus características

- Lupa digital

Formulario Único de Indicación Nº1A

Asiento de posicionamiento

Talla	Marque con una X su selección
S	
M	
L	
XL	

Bipedestador manual prono

Talla	Marque con una X su selección
Talla 1	
Talla 2	
Talla 3	

Bipedestador manual supino

Talla	Marque con una X su selección
Talla 1	
Talla 2	

Catre clínico eléctrico

Catre clínico manual

Silla / mesa de posicionamiento (modular)

Talla	Marque con una X su selección
S	
M	
L	
XL	

Andador 4 ruedas con apoyo

Talla	Marque con una X su selección
S	
M	
L	

Andador 4 ruedas con asiento (de paseo)

Andador articulado sin ruedas

Grúa de transferencia eléctrica

Grúa de transferencia manual

Formulario Único de Indicación Nº1A

Seleccione sólo 1 tipo de cojín antiescaras y su talla correspondiente:

- Cojín antiescaras celdas de aire alto perfil
- Cojín antiescaras celdas de aire bajo perfil
- Cojín antiescaras viscoelástico

Talla	Marque con una X su selección
Talla 1	
Talla 2	
Talla 3	
Talla 4	
Talla 5	
Talla 6	
Talla 7	
Talla 8 (sólo para cojín antiescarara viscoelástico)	

- Colchón antiescaras celdas de aire 3 secciones
- Colchón antiescaras viscoelástico

3. Identificación del médico general o especialista que respalda la indicación

Todos los campos son obligatorios. Si no se completan, la postulación o solicitud podrá ser rechazada.

Indique nuevamente el RUN de la persona solicitante (persona con discapacidad que postula o solicita la ayuda técnica).

RUN persona con discapacidad:	
-------------------------------	--

Nombre de profesional:	
RUN de profesional:	
Profesión:	
Correo electrónico:	
Firma y timbre de profesional:	