

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 N°1A

☐ 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 N°1A

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 antiescara 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:	