

Formulario Único de Indicación N°1B

Sillas de Ruedas 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 Técnica a solicitar:

Marque las ayudas técnicas requeridas y sus características

Formulario Único de Indicación N°1B

Categoría: Silla de ruedas

☐ Dispositivo handbike de tracción manual (incluye silla de ruedas activa)

Talla ancho de asiento	Marque con una X su selección
36 cm	
39 cm	
42 cm	

☐ Dispositivo handbike eléctrico (incluye silla de ruedas activa)

Talla ancho de asiento	Marque con una X su selección
36 cm	
39 cm	
42 cm	

☐ Silla de ruedas activa chasis plegable

Talla ancho de asiento	Marque con una X su selección
38 cm	
40 cm	
42 cm	
44 cm	
46 cm	

☐ Silla de ruedas activa chasis rígido

Talla ancho de asiento	Marque con una X su selección
38 cm	
40 cm	
42 cm	
44 cm	
46 cm	

☐ Silla de ruedas eléctrica butaca (sólo 50 centímetros de ancho)

Comando	Marque con una X su selección
Derecho	
Izquierdo	

☐ Silla de ruedas eléctrica neurológica (sólo 45 centímetros de ancho)

Comando	Marque con una X su selección
Derecho	
Izquierdo	

Formulario Único de Indicación N°1B

☐ Silla de ruedas eléctrica estándar

Talla ancho de asiento	Marque con una X su selección
38 cm	
40 cm	
43 cm	
45 cm	
48 cm	
Comando	Marque con una X su selección
Derecho	
Izquierdo	

Seleccione sólo 1 tipo de silla de ruedas estándar y su talla correspondiente:

☐ Silla de ruedas estándar 4 ruedas inflables

☐ Silla de ruedas estándar 4 ruedas macizas

Talla ancho de asiento	Marque con una X su selección
40 cm	
43 cm	
46 cm	
48 cm	
50 cm	
53 cm	

☐ Silla de ruedas estándar bariátrica (sólo 58 centímetros de ancho)

☐ Silla de ruedas manual con mecanismo de bipedestación eléctrico respaldo alto (sólo 45 centímetros de ancho)

☐ Silla de ruedas manual con mecanismo de bipedestación eléctrico respaldo bajo

Talla ancho de asiento	Marque con una X su selección
36 cm	
45 cm	

☐ Silla de ruedas neurológica

Talla ancho de asiento	Marque con una X su selección
40 cm	
45 cm	
50 cm	

Formulario Único de Indicación N°1B

☐ Coche neurológico

Talla ancho de asiento	Marque con una X su selección
25 cm	
30 cm	
35 cm	
40 cm	

☐ Silla de ruedas semiactiva pediátrica

Talla ancho de asiento	Marque con una X su selección
30 cm	
33 cm	
36 cm	
38 cm	

4. 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:	