

Formulario Único de Indicación N°2

Prótesis Ocular

Importante:

- La indicación de estos elementos debe ser realizada por un médico oftalmólogo. 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)	

Marque con una **X** la opción que corresponda:

¿Se encuentra su cavidad ocular preparada para el uso de una prótesis?

SI	NO

2. Ayuda(s) Técnica(s) a solicitar:

Marque las ayudas técnicas requeridas y sus características

Categoría: Prótesis ocular

☐ Prótesis ocular

Segmento a tratar	Marque con una X su selección
Derecho	
Izquierdo	
Ambos	

Tipo de material	Marque con una X su selección
Vidrio	
Polimetilmetacrilato (PMMA)	

3. Identificación del médico oftalmólogo 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:	