

**ANEXO N°13
FORMULARIO DE INDICACIÓN ELEMENTOS ANTIESCARAS 2016**

FIRMA Y TIMBRE DE MÉDICO ES OBLIGATORIO (Ítem V)

PROFESIONALES CONSIDERADOS PARA LA INDICACIÓN DE ELEMENTOS ANTIESCARAS:
MÉDICO (GENERAL O ESPECIALISTA), ENFERMERA, KINESIÓLOGO, TERAPEUTA OCUPACIONAL

**IMPORTANTE:
POR FAVOR CONSIDERE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:**

1. Todos los campos son obligatorios.
2. Formulario exclusivo para personas **de 7 años en adelante**.
3. Formularios deben ser legibles.
4. Formularios son válidos hasta 1 año de antigüedad.
5. SENADIS no financia ayudas técnicas cubiertas por otros organismos del Estado.

FECHA DE INDICACIÓN

/ /

I. ANTECEDENTES PERSONALES DEL SOLICITANTE:

NOMBRE							R.U.T.										-		
F. NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)		/		/		EDAD													
DIAGNÓSTICO(S)																			
PESO (kgs.)		ESTATURA (mts.)		CONTEXTURA															
DESCRIPCIÓN DE FUNCIONALIDAD Y CARACTERÍSTICAS FÍSICAS																			
TIPO DE DEFICIENCIA				FÍSICA				SENSORIAL				PSÍQUICA/MENTAL							
LIMITACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD ¹				LEVE				MODERADO				SEVERO				GRAVE			

II. ÁREA(S) DE INCLUSIÓN A FAVORECER CON LA(S) AYUDA(S) TÉCNICA(S) SOLICITADAS:

<input type="checkbox"/> a) EDUCACIÓN	<input type="checkbox"/> b) SALUD	<input type="checkbox"/> c) LABORAL
<input type="checkbox"/> d) PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	<input type="checkbox"/> e) ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	

¹ Se refiere al grado de funcionamiento del usuario(a) en relación al contexto y su desempeño en las actividades cotidianas.

III. AYUDA(S) TÉCNICA(S) SOLICITADA(S)

IMPORTANTE: Dejar en blanco, en caso de no solicitar algún tipo de elemento.

COJÍN ANTIESCARAS												
MARQUE MEDIDA DE ANCHO DE COJÍN (cms):	<input type="checkbox"/>	36 cm	<input type="checkbox"/>	39 cm	<input type="checkbox"/>	42 cm	<input type="checkbox"/>	45 cm	<input type="checkbox"/>	48 cm	<input type="checkbox"/>	50 cm
IMPORTANTE: La medida del cojín corresponde a la distancia de las caderas de una persona sentada en superficie plana. Considerar que esta ayuda técnica puede ser complementaria a una silla de ruedas, por lo tanto, las dimensiones deben ser similares (generalmente, el cojín es 1cm inferior al ancho de asiento de la silla de ruedas).												
<input type="checkbox"/> VISCOELÁSTICO						<input type="checkbox"/> CELDAS DE AIRE BAJO PERFIL (FLOTACIÓN SECA)						
						<input type="checkbox"/> CELDAS DE AIRE ALTO PERFIL (FLOTACIÓN SECA)						

COLCHÓN ANTIESCARAS			
IMPORTANTE: Este elemento se financiará para personas desde los 7 años, en adelante.			
<input type="checkbox"/>	VISCOELÁSTICO	<input type="checkbox"/>	CELIDAS DE AIRE 2 SECCIONES
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	CELIDAS DE AIRE 3 SECCIONES

IV. PLAN DE INTERVENCIÓN ASOCIADO A LA AYUDA TÉCNICA:

IMPORTANTE: Ítem obligatorio. Realizado por profesional que indica, o responsable del plan posterior entrega.

RECAMBIO DE LA AYUDA TECNICA		
IMPORTANTE: Informar si la(s) ayuda(s) técnica(s) indicada(s) corresponde(n) a una renovación.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

DESCRIPCIÓN DE OBJETIVO(S) E IMPACTO DESEADO CON LA(S) AYUDA(S) TÉCNICA(S) INDICADA(S)
IMPORTANTE: Deben estar en directa relación a la(s) área(s) de inclusión especificadas en punto II: a) EDUCACIÓN b) SALUD c) LABORAL d) PARTICIPACIÓN COMUNITARIA e) ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

ACTIVIDADES A DESARROLLAR CON LA(S) AYUDA(S) TÉCNICA(S) INDICADA(S)	
Nº	DESCRIPCIÓN
1	
2	
3	

NOMBRE PROFESIONAL											RUT PROFESIONAL										-
PROFESIÓN											INSTITUCIÓN										
DIRECCIÓN																					
TELÉFONOS											E-MAIL										
FIRMA										TIMBRE											

V. MÉDICO QUE RESPALDA ESTA INDICACIÓN:
IMPORTANTE: Ítem obligatorio.

NOMBRE PROFESIONAL		RUT PROFESIONAL																-	
PROFESIÓN		INSTITUCIÓN																	
DIRECCIÓN																			
TELÉFONOS		E-MAIL																	
FIRMA										TIMBRE									