Ministerio de Desarrollo Social Gobierno de Chile	**ANEXO N°17** **FORMULARIO DE INDICACIÓN ELEMENTOS PARA LA FONACIÓN – LARINGE ELECTRÓNICA 2016**

FIRMA Y TIMBRE DE MÉDICO ES OBLIGATORIO (Ítem V)
PROFESIONALES CONSIDERADOS PARA LA INDICACIÓN DE ELEMENTOS PARA LA FONACIÓN:
MÉDICO OTORRINOLARINGÓLOGO, MÉDICO ESP. CIRUGÍA CABEZA Y CUELLO, FONOAUDIÓLOGO

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 CARACTERISTICAS FISICAS					
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:

☐ **a) EDUCACIÓN** ☐ **b) SALUD** ☐ **c) LABORAL**

☐ **d) PARTICIPACIÓN COMUNITARIA** ☐ **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.

ANTECEDENTES MÉDICOS Y DIAGNÓSTICOS		
TIPO DE PERDIDA		
☐ QUIRÚRGICA	☐ TRAUMÁTICA	☐ OTRA (indicar)
OTRA PATOLOGÍA (Indicar características)		
TIPO DE REHABILITACIÓN (Indicar*)		
IMPORTANTE: Indicar en caso de haber recibido algún tipo de rehabilitación.		
☐ REHABILITACIÓN QUIRÚRGICA ☐ REHABILITACIÓN NO QUIRÚRGICA	☐ PRÓTESIS O VÁLVULA (VOZ TRAQUEO-ESOFÁGICA) ☐ ERIGMOFONACIÓN (VOZ ESOFÁGICA)	
OBSERVACIONES		

LARINGE ELECTRÓNICA	
Indique características y accesorios si corresponde	

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.	☐ SI	☐ 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 Ítem 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)	
N°	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**										