

**ANEXO N°21  
FORMULARIO DE INDICACIÓN ELEMENTOS  
PARA LA VIDA DIARIA Y ACCESIBILIDAD 2016**

**FIRMA Y TIMBRE DE MÉDICO ES OBLIGATORIO (Ítem V)**  
PROFESIONALES CONSIDERADOS PARA LA INDICACIÓN DE ELEMENTOS PARA LA MARCHA:  
MÉDICO (GENERAL O ESPECIALISTA), 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 <sup>1</sup>		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	

<sup>1</sup> 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.

**A) ELEMENTOS PARA LA HIGIENE:**

<input type="checkbox"/>	<b>ALZA WC CON APOYA BRAZOS</b>	<input type="checkbox"/>	<b>WC PORTÁTIL SIN RUEDAS</b>	<input type="checkbox"/>	<b>WC PORTÁTIL CON RUEDAS</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>SILLA DE TINA DE TRANSFERENCIA</b>	<input type="checkbox"/>	<b>SILLA DE TINA GIRATORIA</b>	<input type="checkbox"/>	<b>BANQUETA DE TINA</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>LAVAPELO RÍGIDO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>LAVAPELO INFLABLE</b>			
<input type="checkbox"/>	<b>SILLA DE DUCHA CON RESPALDO Y APOYA BRAZOS</b>					
<input type="checkbox"/>	<b>SILLA DE DUCHA INFANTIL (Indicar tamaño y soporte)</b>					
<b>CARACTERÍSTICAS DE SILLA DE DUCHA INFANTIL (obligatorio)</b>						
<b>TAMAÑO:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>S (hasta 91 cms.)</b>	<input type="checkbox"/>	<b>M (hasta 127 cms.)</b>	<input type="checkbox"/>	<b>L (hasta 173 cms.)</b>
<b>SOPORTE:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Soporte para tina</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Soporte para ducha</b>		
<b>IMPORTANTE:</b> La silla de ducha posee un soporte incluido en la misma silla. Favor indicar de requerir un adicional, en caso de ser estrictamente necesario.						

**B) ELEMENTOS PARA LA ACCESIBILIDAD:**

<input type="checkbox"/>	<b>RAMPA PORTÁTIL 120CM</b>	<input type="checkbox"/>	<b>BARRA DE TINA EN ÁNGULO 90° DE 50X50CM</b>
<input type="checkbox"/>	<b>RAMPA PORTÁTIL 150CM</b>	<input type="checkbox"/>	<b>BARRA DE TINA EN ÁNGULO 135° DE 50X50CM</b>
<input type="checkbox"/>	<b>RAMPA PORTÁTIL 180CM</b>	<input type="checkbox"/>	<b>BARRA DE TINA DE RINCÓN TRIPLE DER. 73X73X50CM</b>
<input type="checkbox"/>	<b>BARRAS DE TINA RECTA 30CM</b>	<input type="checkbox"/>	<b>BARRA DE TINA DE RINCÓN TRIPLE IZQ. 73X73X50CM</b>
<input type="checkbox"/>	<b>BARRAS DE TINA RECTA 40CM</b>	<input type="checkbox"/>	<b>BARRA DE WC ABATIBLE 70CM.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>BARRAS DE TINA RECTA 60CM</b>	<input type="checkbox"/>	<b>BARRA DE WC PARED SUELO DERECHA</b>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<b>BARRA DE WC PARED SUELO IZQUIERDA</b>
<b>IMPORTANTE:</b> HE CONSIDERADO LAS DIMENSIONES DE LAS AYUDAS TÉCNICAS SOLICITADAS PARA EL USO EN EL DOMICILIO, ASÍ COMO ESTRUCTURA DE LA VIVIENDA. (De no ser considerado, será motivo de rechazo de la solicitud)			
			<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>

**IMPORTANTE: ELEMENTOS PARA ALIMENTACION Y VESTUARIO**

Las ayudas técnicas o adaptaciones que faciliten la alimentación y vestuario, deberán gestionarse a través de la red de salud local (centros de rehabilitación comunitaria, consultorios, entre otros).

**IV. PLAN DE INTERVENCIÓN ASOCIADO A LA AYUDA TÉCNICA:**

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

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

**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	

<b>NOMBRE PROFESIONAL</b>		<b>RUT PROFESIONAL</b>															-	
<b>PROFESIÓN</b>		<b>INSTITUCIÓN</b>																
<b>DIRECCIÓN</b>																		
<b>TELÉFONOS</b>		<b>E-MAIL</b>																
<b>FIRMA</b>									<b>TIMBRE</b>									

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

<b>NOMBRE PROFESIONAL</b>		<b>RUT PROFESIONAL</b>																
<b>PROFESIÓN</b>		<b>INSTITUCIÓN</b>																
<b>DIRECCIÓN</b>																		
<b>TELÉFONOS</b>		<b>E-MAIL</b>																
<b>FIRMA</b>									<b>TIMBRE</b>									