

# ANEXO N°6

## FORMULARIO DE INDICACIÓN ELEMENTOS PROTÉSICOS

### CONVOCATORIA AÑO 2020

**Importante:**

- La indicación de elementos protésicos de miembro superior e inferior debe ser realizada por médico traumatólogo o médico fisiatra, y en el caso de prótesis ocular por médico oftalmólogo. De lo contrario, se considera motivo de **rechazo de la postulación**. Profesional declara que postulante cumple con las condiciones necesarias para la adaptación de las Ayudas Técnicas requeridas. Los tipos y características de las Ayudas Técnicas indicadas están sujetos a revisión para asegurar su pertinencia técnica.
- Para completar adecuadamente este formulario respecto a la selección de las características de las ayudas técnicas, requiere estar en conocimiento del Anexo N°2 Catálogo de Ayudas Técnicas Convocatoria Año 2020” de SENADIS, disponible en el sitio web: <https://www.senadis.gob.cl/>, sección "Beneficios" y luego "Ayudas Técnicas.

Fecha de indicación      /      /

**I. Antecedentes personales del solicitante:**

Nombre		Run										-	
Diagnóstico(s)													
Nivel de la amputación	Desarticulado de hombro	Sobre codo	Bajo codo	Desarticulado de muñeca									
	Desarticulado de cadera	Sobre rodilla	Bajo rodilla	Desarticulado de rodilla	Pie								

**II. Ayuda(s) técnica(s) a solicitar**

Prótesis ocular				
Segmento a tratar	Derecho	Izquierdo	Ambos	
Prótesis a solicitar	Polimetilmetacrilato (PMMA)		Vidrio	

Prótesis de miembro superior						
Segmento a tratar	Derecho	Izquierdo	Ambos			
Prótesis a solicitar	Desarticulada de hombro	Transhumeral	Transradial	Mano		
Configuración prótesis modular de miembro superior	Socket	<input type="text"/>				
	Codo	<input type="text"/>				
	Terminación	<input type="checkbox"/> Gancho	<input type="checkbox"/> Mano cosmética con guante	<input type="checkbox"/> Mano mecánica		
	Montaje muñeca	<input type="checkbox"/> Rosca	<input type="checkbox"/> Bloqueo			
	Sujeción	<input type="checkbox"/> Arnés en 8	<input type="checkbox"/> Arnés torácica	<input type="checkbox"/> Otra : _____		

Prótesis de miembro inferior							
Segmento a tratar	Derecho	Izquierdo	Ambos				
Prótesis a solicitar	Desarticulada de cadera	Transfemorales	Desarticulado de rodilla	Transtibial			
	Lisfranc	Chopart	Syme				
Configuración prótesis modular de miembro inferior	Socket	<input type="checkbox"/> Contención Isquiática	<input type="checkbox"/> Cuadrilátero	<input type="checkbox"/> ML estrecho	<input type="checkbox"/> PTB	<input type="checkbox"/> PTS	<input type="checkbox"/> KBM
	Interfase	<input type="checkbox"/> Poliform	<input type="checkbox"/> Liner silicona				
	Rodilla	<input type="checkbox"/> Manual	<input type="checkbox"/> Autobloqueante	<input type="checkbox"/> Policéntrica			
	Pierna	<input type="checkbox"/> Duraluminio					
	Tipo pie	<input type="checkbox"/> Sach	<input type="checkbox"/> Articulado	<input type="checkbox"/> Dinámico			
	Sujeción	<input type="checkbox"/> Correas	<input type="checkbox"/> Elástico	<input type="checkbox"/> Succión	<input type="checkbox"/> Shuttle lock		
	Sujeción auxiliar	<input type="checkbox"/> Correas	<input type="checkbox"/> Neopreno	<input type="checkbox"/> Silicona			

**III. Identificación de profesional médico que indica:**

Nombre		Run	
Especialidad		Institución	
Teléfono		Firma y timbre	
Email			