|  |  |
| --- | --- |
|  | **ANEXO N°5**  **FORMULARIO DE INDICACIÓN ELEMENTOS ORTÉSICOS CONVOCATORIA AÑO 2020** |
| **Importante:**   * La indicación de elementos ortésicos puede ser apoyada por profesional kinesiólogo o terapeuta ocupacional, sin embargo, debe ser **respaldado obligatoriamente** por un médico general o especialista. 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/,](http://www.senadis.gob.cl/) sección “Beneficios” y luego “Ayudas Técnicas. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de indicación** | **/ /** |

# Antecedentes personales del solicitante:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** |  | **Run** |  |  |  |  |  |  |  | **-** |  |
| **Diagnóstico(s)** |  | | | | | | | | | | |
| **Justificación solicitud de la ayuda técnica** |  | | | | | | | | | | |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Órtesis tobillo pie** | | | | | | | | |
| **Segmento a tratar** |  | **Derecho** |  | **Izquierdo** |  | **Ambas** | | |
| **Tipo de sujeción** |  | **Correa** |  | **Velcro** | | | | |
| **Órtesis isquiopie** | | | | | | | | |
| **Segmento a tratar** |  | **Derecho** |  | **Izquierdo** |  | **Ambas** | | |
| **Tipo de sujeción** |  | **Correa** |  | **Velcro** | | | | |
| **Terminación** |  | **En OTP** |  | **En estribo** | | | | |
| **Órtesis pelvipedio** | | | | | | | | |
| **Tipo de sujeción** |  | **Correa** |  | **Velcro** | | | | |
| **Terminación** |  | **En OTP** |  | **En estribo** | | | | |
| **Plantillas ortopédicas** | | | | | | | | |
| **Segmento a tratar:** |  | **Derecho** |  | **Izquierdo** |  | **Ambas** | | |
| **Tipo de plantilla** |  | **Moldeada** |  | **Estándar** |  | **Con relleno anterior** |  | **Silicona** |
| **Calzado ortopédico** | | | | | | | | |
| **Tipo de calzado** |  | **Con realce** |  | **Pie diabético** |  | **Balancín retrocapital** |  | **Caja amplia** |

1. **Identificación de profesional que indica y médico que respalda la indicación:**

Si esta indicación fue realizada exclusivamente por médico general o especialista, sólo debe completar el registro “Médico que respalda indicación”.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Profesional que indica** | | **Médico que respalda indicación** | |
| **Nombre** |  | **Nombre** |  |
| **Run** |  | **Run** |  |
| **Profesión** |  | **Profesión** |  |
| **Institución** |  | **Institución** |  |
| **Teléfono** |  | **Teléfono** |  |
| **Email** |  | **Email** |  |
| **Firma y timbre** | | **Firma y timbre** | |
|  | |  | |

**1** de **1**