FORMULARIO DE INDICACIÓN N°3
DE ELEMENTOS PROTÉSICOS
AÑO 2022

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.**
- 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°1 "Catálogo de Ayudas Técnicas Convocatoria Año 2022" de SENADIS, disponible en el sitio web: https://www.senadis.gob.cl/, sección "Trámites y Beneficios" y luego "Programa de 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							
	Codo							
	Terminación		Gancho		Mano cosmética con guante		Mano mecánica	
	Montaje muñeca		Rosca		Bloqueo			
	Sujeción		Arnés en 8		Arnés torácica		Otra :_____	

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

III. Identificación del médico especialista que respalda la indicación:

Nombre		**RUN**	
Especialidad		**Institución**	
Teléfono		**Firma y timbre**	
Correo electrónico			