

Importante:

- La indicación de prótesis ocular debe ser indicada por **médico oftalmólogo**. De lo contrario, se considera motivo de **rechazo de la postulación**.
 - Para completar adecuadamente este formulario respecto a la selección de las características de las ayudas técnicas, requiere estar en conocimiento del Anexo N°1 "Listado de Ayudas Técnicas y Tecnologías de Apoyo año 2024" 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):	
Justificación solicitud de la prótesis ocular:	

II. Ayuda(s) Técnica(s) a solicitar:

PRÓTESIS OCULAR			
1. Marque la casilla de prótesis ocular. 2. Complete sus características (configuración) según corresponda.			
3. Indique si su cavidad ocular se encuentra preparada para el uso de una prótesis:	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>
			No
<input type="checkbox"/> Prótesis ocular	Segmento a tratar	<input type="checkbox"/> Derecho	
		<input type="checkbox"/> Izquierdo	
		<input type="checkbox"/> Ambos	
	Prótesis a solicitar	<input type="checkbox"/> Vidrio	
		<input type="checkbox"/> Polimetilmetacrilato (PMMA)	

III. Identificación del médico especialista que respalda la indicación:

(*) Campos obligatorios, en caso de no completar con la información requerida es motivo de rechazo de la postulación

(*) Nombre:	(*) RUN:
(*) Profesión / Especialidad:	Institución:
Teléfono:	(*) Firma y timbre de profesional que indica:
Correo electrónico:	