

Firma y timbre del profesional que indica y del médico que respalda son obligatorias (ítem III - IV)

**Importante:** si bien la indicación para elementos antiescaras puede ser apoyada por profesional enfermero(a), kinesiólogo(a), terapeuta ocupacional, debe ser **respaldado obligatoriamente** por un médico (general o especialista). De lo contrario, se considera motivo de **rechazo de la postulación**.

Anexo 12:

## FORMULARIO DE INDICACIÓN ELEMENTOS ANTIESCARAS 2018

Fecha de indicación

 /  / 

### I. Antecedentes personales del solicitante

Nombre

Run

 - 

Diagnóstico(s)

Descripción funcional y/o características físicas  
(Justificación de la solicitud de la ayuda técnica)

Limitación en la funcionalidad<sup>1</sup>

Leve

Moderado

Severo

### II. Ayuda(s) técnica(s) solicitada(s)

Catre clínico (marque sólo una opción)

Mecanismo:  Manual  Eléctrico

Posiciones:  2 posiciones  3 posiciones

Colchón antiescaras

Viscoelástico  Celdas de aire 2 secciones  Celdas de aire 3 secciones  Presión alternante (con motor)

Cojín antiescaras

Peso (kg.):  Estatura (mt.):  Contextura:

Indique medida de ancho de cojín (cm.):  Ancho sujeto a evaluación técnica según disponibilidad de la oferta.

**Importante:** La medida del cojín corresponde a la distancia de las caderas de una persona sentada en superficie plana. En caso de solicitar complementariamente una silla de ruedas, las dimensiones de los anchos de ambas ayudas técnicas no deben sobrepasar 1 cm de diferencia. Si ya posee silla de ruedas, indicar el ancho de asiento para complementar medida de cojín antiescaras.

Viscoelástico  Celdas de aire (flotación seca) bajo perfil  Celdas de aire (flotación seca) alto perfil

<sup>1</sup>Se refiere al grado de funcionamiento del usuario(a) en relación al contexto y su desempeño en las actividades cotidianas.

### III. Plan de intervención asociado a la(s) ayuda(s) técnica(s)

Marque las áreas de inclusión más relevantes e indique objetivos para cada una de ellas.

**Importante:** Realizado por profesional que indica o responsable del plan posterior entrega.

Área de inclusión a favorecer con la(s) ayuda(s) técnica(s) solicitada(s)	Objetivos Importante: deben estar en directa relación con las áreas de inclusión que se busca favorecer
<input type="checkbox"/> Educación: Acceso al sistema educativo (formal, informal o especial).	
<input type="checkbox"/> Participación Comunitaria: Participación en actividades en contextos familiares, políticos, culturales, económicos sociales y de recreación.	
<input type="checkbox"/> Salud: Procesos que favorecen la prevención del aumento en el grado de discapacidad y facilitan la funcionalidad.	
<input type="checkbox"/> Laboral: Acceso al trabajo remunerado (formal e informal) y/o voluntariado.	
<input type="checkbox"/> Actividades de la vida diaria: Actividades básicas e instrumentales que favorezcan la independencia/autonomía.	

### IV. Profesional que indica y médico que respalda la indicación

**Importante:** si bien la indicación para elementos antiescaras puede ser apoyada por profesional enfermero(a), kinesiólogo(a), terapeuta ocupacional, debe ser **respaldado obligatoriamente** por un médico (general o especialista). De lo contrario, se considera motivo de **rechazo de la postulación**.

Profesional que indica		Médico que respalda indicación	
Nombre	Nombre	Run	Run
Profesión	Profesión	Institución	Institución
Comuna	Comuna	Teléfono(s)	Teléfono(s)
E-mail		E-mail	
Firma y timbre		Firma y timbre	