

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

Importante: si bien la indicación para elementos de posicionamiento, transferencia y de rehabilitación puede ser apoyada por profesional 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 15:

FORMULARIO DE INDICACIÓN DE ELEMENTOS POSICIONAMIENTO, TRANSFERENCIA Y DE REHABILITACIÓN 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 funcionalidad¹

Leve

Moderado

Severo

II. Ayuda(s) técnica(s) solicitada(s)

A) Elementos de posicionamiento

Bipedestador (marque sólo una opción)

Peso (kg.):

Estatura (mt.):

Contextura:

Mecanismo:

Hidráulico

Eléctrico

Tipo:

Prono

Supino

Tabla supina

Indique características del bipedestador (obligatorio):

Medidas (cm.):

Alto:

Ancho:

Sujeción:

Cefálica

Torácica

Pélvica

Rodillas

Pie

Cojines:

Cefálico

Laterales

Abductor

Mobiliario adaptado

Silla/mesa de madera adaptada (tipo modular) (debe indicar medidas)

Medidas (cm.):

Profundidad:

Alto:

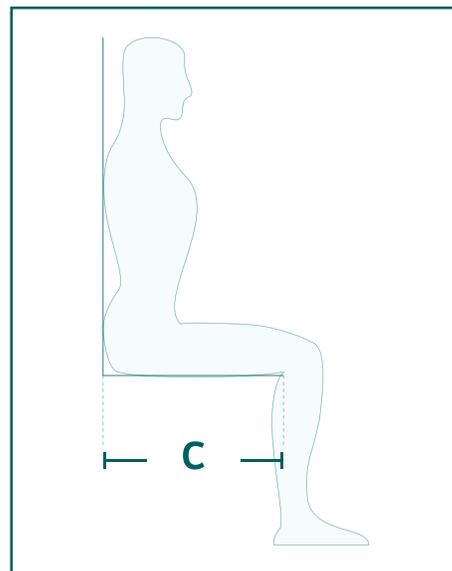
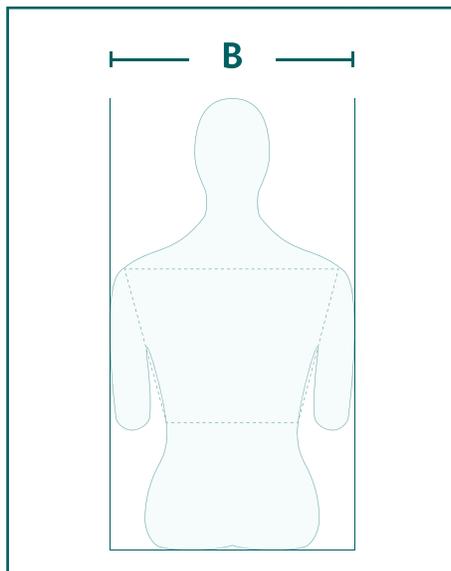
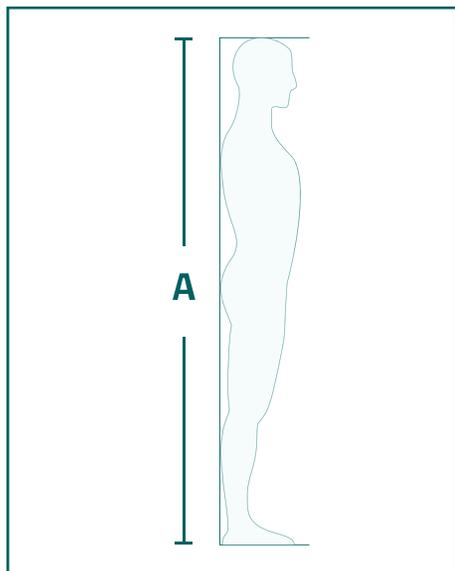
Ancho:

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

Importante:

Para indicar las medidas del bipedestador y del mobiliario adaptado se debe considerar:

- »Alto: como la estatura del beneficiario (medida A en imagen)
- »Ancho: como la distancia entre el borde externo de cada articulación de hombro (medida B en imagen)
- »Profundidad: como la distancia entre la articulación sacro-iliaca y la fosa poplíteica (medida C en imagen)



Asiento de posicionamiento (marque sólo una opción)

- Rígido Blando

B) Elementos de transferencia

Tabla de transferencia

- Tabla de transferencia policarbonato

Grúa de transferencia (marque sólo una opción)

- Mecanismo: Eléctrica Hidráulica

C) Elementos de rehabilitación

Importante: los elementos de rehabilitación son considerados sólo para niñas y niños menores de 10 años de edad.

Colchoneta: Largo (cm.): Ancho (cm.): Espesor (cm.):

Cuña terapéutica: Largo (cm.): Ancho (cm.): Espesor (cm.):

Balón terapéutico: 30 cm. 45 cm. 55 cm. 65 cm. 75 cm.

Rollo terapéutico: 30 cm. 40 cm. 55 cm. 70 cm.

Maní terapéutico: 30 cm. 40 cm. 55 cm. 70 cm.

Importante: he considerado las dimensiones de las ayudas técnicas solicitadas para el uso en el domicilio. (De no ser considerado, será motivo de rechazo de la solicitud)

- Si No

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 de posicionamiento, transferencia y de rehabilitación puede ser apoyada por profesional 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	Teléfono(s)	Comuna	Teléfono(s)
E-mail		E-mail	
Firma y timbre		Firma y timbre	