

La presente solicitud debe ser completada por el médico tratante de manera **exhaustiva, precisa y legible**.

Datos del Paciente

Apellido y Nombre: _____ Edad: _____

Nº de afiliado: _____ Talla: _____ Peso: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Diagnóstico clínico: _____

Diagnóstico Funcional: _____

Historia Clínica

Antecedentes patológicos: _____

Antecedentes quirúrgicos: _____

Fecha probable de cirugía: (si corresponde)

Realiza rehabilitación: _____

Actividad que realiza la vida diaria: _____

Está orientado en tiempo y en espacio Sí No

Examen Físico

1- Características físicas del Paciente

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Deformidades | <input type="checkbox"/> Aporte de oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Traqueotomía |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones en columna | <input type="checkbox"/> Vías |
| <input type="checkbox"/> Luxaciones | <input type="checkbox"/> Sondas |
| <input type="checkbox"/> Amputaciones (especifique) | <input type="checkbox"/> Otros: |

2- Funcionalidad (Marcar lo que corresponda)

a) ¿Puede mantener el control cefálico por sí mismo? Sí No

b) ¿Tiene control del tronco? Sí No

c) ¿Puede realizar cambios de decúbito sin ayuda?

Independiente Asistencia mínima moderada completa

d) ¿Puede movilizar miembros superiores? Sí No

e) ¿Puede movilizar miembros inferiores? Sí No

f) ¿Puede incorporarse al sedento? Independiente Asistencia mínima moderada completa

g) ¿Puede incorporarse al bípedo? Independiente Asistencia mínima moderada completa

h) ¿Puede caminar? Independiente Asistencia mínima Moderada Completa

i) En caso de ser dependiente de silla de ruedas, ¿es capaz de remar por sí mismo? Sí No

j) Determinar ancho de cadera cm (se mide de lado a lado, no es el perímetro o contorno de la cadera)

Elemento Solicitado

NO SE DEBE COLOCAR NINGUNA MARCA; utilizar el catálogo como referencia. En caso de no encontrar el elemento solicitado, se deberá consignar su descripción en forma completa.

Justificar las razones por las cuales se solicita el elemento de ayuda técnica y especificar el período de tiempo durante el cual se requerirá su uso:

Datos del médico solicitante

Apellido y Nombre: _____

Matrícula: _____ Especialidad: _____

Teléfono: _____ Correo: _____

La presente gestión se encuentra sujeta
a la evaluación y resolución final del equipo auditor,
quien determinará la procedencia y modalidad
de cobertura del elemento solicitado

Firma y Sello: _____

Fecha de la solicitud: