



GOBIERNO DE
CHILE
SERVICIO NACIONAL
DE LA DISCAPACIDAD

**PROGRAMA DE AYUDAS TÉCNICAS
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE PRODUCTOS
ESTRATÉGICOS**

GUÍA PARA LA SOLICITUD DE AYUDAS TÉCNICAS

Año 2010

INDICE

GUIA PARA LA SOLICITUD DE AYUDAS TÉCNICAS	2
I. PRESENTACION	2
II. DE LAS AYUDAS TÉCNICAS OBJETO DE FINANCIAMIENTO.....	3
III. DEL CONVENIO MARCO	3
IV. DE LA SOLICITUD DE AYUDAS TECNICA.....	5
1. NORMAS GENERALES DE POSTULACION DE AYUDAS TECNICAS.....	5
2. OTROS TEMAS ASOCIADOS A LA TRAMITACION DE AYUDAS TECNICAS	7
a) Problemas con la Ayuda Técnica.....	7
b) Devolución de Coportes	7
c) Anulación y Modificación de Resoluciones.....	8
3. PROCESO Y REQUISITOS DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE AYUDAS TÉCNICAS.....	9
a) Ficha De Protección Social (FPS)	9
b) Inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad.....	9
c) Formulario de Contexto del Postulante.....	9
d) Formularios de Indicación	9
e) Anexo nro. 2 Plan de Intervención asociado a las solicitudes de ayudas técnicas.....	10
g) Carta Compromiso de Coaporte Persona Jurídica	11
h) Formulario Solicitud de Devolución de Fondos por Coaporte	11
4. DEL PROCESO DE LA SOLICITUD.....	12
ANEXO: FORMULARIOS PARA LA TRAMITACIÓN DE AYUDAS TÉCNICAS	13
INFORME DE CONTEXTO DEL POSTULANTE.....	14
FORMULARIO DE INDICACIÓN PRODUCTOS ANTIESCARAS.....	16
FORMULARIO DE INDICACIÓN ELEMENTOS DE APOYO PARA LA MARCHA	18
FORMULARIO DE INDICACIÓN DE SILLA DE RUEDAS	20
FORMULARIO DE INDICACIÓN AYUDAS TÉCNICAS PARA LA AUDICIÓN Y FONACIÓN	23
FORMULARIO DE INDICACION AYUDAS TECNICAS PARA EL APOYO VISUAL.....	26
FORMULARIO DE DIAGNOSTICO E INDICACIÓN DE PRÓTESIS	28
FORMULARIO DE DIAGNOSTICO E INDICACIÓN DE ÓRTESIS.....	31
FORMULARIO DE INDICACIÓN DE ENDOPRÓTESIS.....	33
FORMULARIO DE INDICACIÓN DE AYUDAS TECNICAS PARA LA VIDA COTIDIANA, APOYO A LA INTEGRACION LABORAL Y EDUCATIVA.....	36
COMPROMISO DE COAPORTE REALIZADO POR UNA PERSONA JURIDICA.....	38
FORMULARIO SOLICITUD DE DEVOLUCION DE.....	39
FONDOS POR COAPORTES.....	39
COMPROBANTE DE RECEPCION CONFORME DE AYUDA TÉCNICA	40
COMPROBANTE DE RECHAZO FUNDADO DE AYUDA TÉCNICA.....	41
ANEXO NRO. 1 FORMULARIO DE SOLICITUD DE CONVENIO MARCO.....	42
ANEXO NRO. 2 PLAN DE INTERVENCIÓN ASOCIADO A LAS SOLICITUDES DE AYUDAS TÉCNICAS	43
ANEXO NRO. 3 ORIENTACIONES PARA LA SOLICITUD DE AYUDAS TÉCNICAS CON ENFOQUE DE GÉNERO	44

GUIA PARA LA SOLICITUD DE AYUDAS TÉCNICAS

I. PRESENTACION

En virtud de la Ley N° 19.284 y sus modificaciones de Integración Social de las Personas con Discapacidad, FONADIS tiene por función financiar total o parcialmente la adquisición de Ayudas Técnicas destinadas a personas con discapacidad de escasos recursos o a personas jurídicas sin fines de lucro que las atiendan. Estos recursos son asignados por medio de convenios que celebrará el FONADIS con entidades e instituciones estatales o con personas jurídicas privadas que no perciban fines de lucro y cuyo objeto sea la atención de personas con discapacidad.

El objetivo del programa de Ayudas Técnicas, es contribuir a la autonomía personal e inclusión social de las personas con discapacidad.

Los siguientes principios informan el ejercicio de esta función:

- **Participación Comunitaria:** Se espera que la ayuda técnica optimice la participación comunitaria en actividades relevantes y favorezca la inclusión, disminuyendo las barreras del ambiente.
- **Focalización:** Los recursos del programa serán distribuidos entre las personas de mayor vulnerabilidad social, previa ponderación del impacto económico del costo de la ayuda técnica en el presupuesto familiar.
- **Eficacia:** Es la mayor relación de correspondencia posible entre el recurso solicitado y sus atributos y las características y necesidades del postulante, incluidos sus factores contextuales, para el financiamiento de la ayuda, propendiendo a que se produzca un impacto real en la vida de la persona.
- **Eficiencia:** La administración de los recursos por parte de FONADIS, estará orientada a la optimización de éstos.

La tramitación de solicitudes de Ayudas Técnicas estará sometido a los principios que informan los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la administración del Estado.

II. DE LAS AYUDAS TÉCNICAS OBJETO DE FINANCIAMIENTO

Para estos efectos se consideran Ayudas Técnicas: cualquier producto fabricado especialmente o generalmente disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.

Cuadro Nro. 1

GRUPO	TIPO DE DISCAPACIDAD	AYUDA TÉCNICA	PROFESIONAL QUE PUEDE PRESCRIBIR
1 ¹	FÍSICA, MULTIPLES	<ul style="list-style-type: none"> - Sillas de ruedas. - Elementos de apoyo para la marcha (bastones y andadores). - Elementos antiescaras (colchón y cojín antiescaras). 	<p><u>Sillas de ruedas:</u> Médico General o Especialista, Enfermera, Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional.</p> <p><u>Elementos de apoyo para la marcha:</u> Los profesionales anteriores y Técnicos que trabajen en equipos de Rehabilitación.</p>
2	SENSORIALES, MULTIPLES	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudas Técnicas para la audición y fonación (Audífonos, Equipos FM, laringes electrónicas). - Ayudas técnicas para el apoyo visual (elementos de baja visión, elementos para ciegos). 	Tecnólogo Médico, Fonoaudiólogo, Médico Otorrinolaringólogo. En elementos de baja visión y elementos para ciegos, puede prescribir Educador(a) Diferencial con mención en baja Visión.
3	FÍSICAS MULTIPLES Y	<ul style="list-style-type: none"> - Órtesis - Prótesis - Zapatos Ortopédicos - Plantillas Ortopédicas 	Médico Fisiatra, Médico Traumatólogo, Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional.
4	FÍSICAS (ENFERMEDADES DEGENERATIVAS)	<ul style="list-style-type: none"> - Endoprótesis de cadera - Endoprótesis de rodilla - Instrumental columna - Barras Pectum 	Médico Traumatólogo, Médico Neurólogo, Médico Cirujano Especialista.
5 ²	FÍSICAS Y SENSORIALES, MENTALES, MULTIPLES	Productos que favorecen la autonomía en las actividades de la vida diaria: elementos adaptados para la alimentación, vestuario, higiene y desempeño educativo y Laboral.	Médico General, Enfermera, Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional, Educador(a) Diferencial y de Integración Escolar.

III. DEL CONVENIO MARCO

Según lo establecido en la Ley Nº 19.284 sobre Integración Social de las Personas con Discapacidad y sus posteriores modificaciones, la asignación de ayudas técnicas se realizará por convenios que celebrará el FONADIS con entidades e instituciones estatales o con personas jurídicas privadas que no persigan fines de lucro y cuyo objeto sea la atención a personas con discapacidad por lo tanto, la celebración de Convenio Marco de Ayudas Técnicas con Fonadis es obligatorio para proceder a alguna asignación.

¹ Grupo 1 puede ser indicado en Atención Primaria de Salud (Consultorios)

² Grupo 5 puede ser indicado en Atención Primaria de Salud (Consultorios)

La entidad que desee celebrar dicho convenio debe cumplir los siguientes requisitos:

- Ser una entidad, institución estatal o personas jurídicas privadas que no persigan fines de lucro y cuyo objeto sea la atención a personas con discapacidad.
- Encontrarse acreditada o presentar los documentos exigidos para la Acreditación ante FONADIS. La acreditación es un trámite que se realiza ante FONADIS mediante la presentación de documentación que acredite la existencia y vigencia legal de la entidad de acuerdo a su propia naturaleza jurídica (para mayor información referirse a la página Web <http://www.fonadis.cl>, link "Acreditación"), o al fono 02 8103926 del Departamento Jurídico.
- Presentar un Formulario de Solicitud de Convenio Marco. (se adjunta dicho formulario a este Instructivo).

1. Procedimiento de suscripción.

Ingresada la solicitud de Convenio Marco, el Departamento Jurídico de FONADIS verificará el estado de acreditación de la entidad requirente, hecho lo cual podrá:

- a) Si está acreditada previamente o no estando acreditada acompaña a la Solicitud de Convenio Marco toda la documentación exigida para su acreditación: Enviará, a través de la Oficina de Coordinación respectiva, el Convenio Marco en dos ejemplares para su firma por el representante legal de la entidad o quien haga sus veces.
- b) Si no está acreditada y la entidad la solicita conjuntamente, acompañando a la Solicitud de Convenio Marco la documentación exigida para su acreditación en forma incompleta: Enviará, directamente o a través de la Oficina de Coordinación respectiva, un oficio solicitando la documentación faltante o entregada sin cumplir con todos los requisitos exigidos. En este caso la entidad, en el menor tiempo posible, deberá cumplir con lo requerido y acreditada se procederá conforme a la letra anterior.

Cabe destacar que las entidades deben mantener actualizada la información del representante legal y/o directiva vigente, a fin de que preservar su exacta individualización. Por lo que ante cualquier cambio solicitamos remitir el documento de respaldo que así lo acredite.

Recibido los ejemplares correctamente firmados, el Departamento Jurídico de FONADIS procederá a confeccionar la resolución que dictará el Secretario Ejecutivo o su delegado, para aprobar del Convenio Marco de Ayudas Técnicas.

Concluido lo anterior, remitirá directamente o por medio de la Oficina de Coordinación respectiva, un ejemplar del Convenio Marco suscrito y una copia de la resolución aprobatoria.

Con todo, cuando por razones de accesibilidad, la entidad requiera los documentos antedichos, tales como texto del convenio, del oficio por el que se requiera documentación de acreditación y/o texto de la resolución aprobatoria, en formato Word, podrá solicitarlos directamente a la Oficina de Coordinación respectiva, a la dirección de correo electrónico juridico@fonadis.cl o al fono 02 8103926 del Departamento Jurídico, quienes los remitirán a la dirección correo electrónico que se indique al efecto.

IV. DE LA SOLICITUD DE AYUDAS TECNICA

1. NORMAS GENERALES DE POSTULACION DE AYUDAS TECNICAS

a) La solicitud de ayudas técnicas bajo el sistema de postulación en línea (Internet) será la única aceptada en el año 2010 y deberá realizarse según indicación de la presente Guía de Solicitud 2010, disponible en la página Web de FONADIS www.fonadis.cl y a través del sistema habilitado especialmente para este efecto, at.fonaweb.cl.

b) Si la solicitud no reúne los **requisitos** señalados en el punto tres del presente capítulo y la documentación está incompleta, se declarará inadmisibile y se devolverá a la institución patrocinante mediante oficio vía sistema de mensajería del sistema de postulación en línea, el cual consiste en enviar un mensaje al encargado de la solicitud informando el motivo de devolución, en espera de la completitud de información y repostulación del caso.

c) Asimismo, se ha establecido una **pauta de evaluación técnica** que especifica criterios de medición de la pertinencia técnica de las solicitudes. Su no cumplimiento ocasionará el rechazo técnico de la misma. Las razones pueden ser las siguientes:

- La ayuda técnica solicitada es financiada por otro programa del Estado. (JUNAEB, MINSAL)
- La misma ayuda técnica fue entregada por FONADIS en un periodo inferior a los dos años.³
- El solicitante no acredita situación de discapacidad, según evaluación de la COMPIN.⁴ y Registro Nacional de la Discapacidad (RND)
- De acuerdo al tipo de Ayuda Técnica se requerirá un Plan de Intervención complementario, (Anexo N° 2). Las ayudas técnicas bajo esta condición se especifican en el punto 3.6 de la presente Guía.

La evaluación técnica que realizará un profesional idóneo permitirá establecer el grado en que cada solicitud se acerca a condiciones óptimas para su aprobación. Esta contempla los siguientes criterios:

- Condición de Salud
- Condición de Vulnerabilidad
- Condición de Red
- Incidencia de la Ayuda Técnica
- Coherencia

La pauta de evaluación será de conocimiento de las instituciones intermediarias a través de las vías que se establezcan para una comunicación regular y los resultados de cada evaluación serán accesibles a través del sistema Fonaweb. De acuerdo a sus resultados, las evaluaciones tendrán tres niveles de resultados posibles:

- **Aprobada:** Una vez evaluada la solicitud, y su estado es "evaluación técnica aprobada" significa que técnicamente la ayuda técnica fue aceptada, por lo que el siguiente paso es la compra de la ayuda técnica, tarea que corresponde al Departamento de Administración y Finanzas.
- **Pendiente:** Si el estado de la solicitud es "evaluación técnica pendiente", significa que faltan antecedentes para aprobar la solicitud, los que serán solicitados a través de la mensajería del sistema de postulación en línea al profesional responsable y acreditado que realizó la solicitud y

³ Se excluyen de esta limitación por ejemplo cuando la ayuda técnica ha sido robada, certificándolo con copia de la constancia en carabinero.

⁴ Se excluyen de esta obligación las personas que pertenecen al sistema de protección y los niñas y niñas entre 0 y 6 años.

deberán enviarse a través del mismo sistema, por lo que la aprobación dependerá de los antecedentes complementarios que se envíen dentro de los plazos que se señalan más adelante en este mismo documento.

- **Rechazada:** Si la solicitud en su etapa de evaluación técnica es "rechazada", indica que no es pertinente el financiamiento de la ayuda técnica. Esto será informado a través de la mensajería del sistema de postulación en línea donde además se darán a conocer las razones del rechazo. La institución patrocinante podrá apelar a dicha situación complementando con antecedentes que justifiquen la pertinencia de la ayuda técnica a través del mismo sistema.

d) La Institución intermediaria deberá designar ante FONADIS un encargado(a), el que tendrá que ocuparse de todas las gestiones relacionadas con las solicitudes de ayudas técnicas, si existiese cambio del encargado(a), deberá informarse al Programa de Ayudas Técnicas formalmente, ya sea por oficio o por e-mail. La información de coordinación que resulte de la tramitación de las ayudas técnicas será canalizada sólo a través de este encargado(a), con el propósito de mantener así un canal claro y único de comunicación.

Será función del Encargado(a) de la tramitación de ayudas técnicas:

- Informar al usuario(a) la fecha de inicio de la tramitación de la solicitud de financiamiento de su ayuda técnica en FONADIS, y entregarle la carta, emitida por del sistema de Postulación en línea.
- Informar periódicamente al usuario(a) acerca del estado de su solicitud.
- Gestionar, cuando corresponda, el coaporte que se requiera para el financiamiento de una ayuda técnica.

e) Cuando el programa de Ayudas Técnicas solicite documentación pendiente o complementaria, la institución patrocinante tendrá un plazo de **30 días hábiles** contados desde el día siguiente a la recepción de éste, de lo contrario se hará devolución de los antecedentes directamente a la institución que tramitó la solicitud y se anulará el caso.

f) Para las personas que sean beneficiadas por el **Sistema de Protección Social** (programas: Puente, Chile Solidario, Vínculo, Calle, Chile Crece Contigo), Fonadis cubrirá el valor total de la ayuda técnica, **y en ningún caso requerirán de coportes.**

Para aquellos(as) postulantes que **NO** pertenecen a este sistema, el monto máximo a otorgar es \$2.200.000.- por cada ayuda técnica solicitada, será responsabilidad del Encargado de la Institución solicitante gestionar el cofinanciamiento, preferentemente en la red social local, regional y central. FONADIS **no solicitará aportes a los usuarios.**

Si la ayuda técnica es de un valor inferior a \$2.200.000.-, Fonadis cubrirá el valor total de ésta.

g) Los aportes comprometidos se deberán hacer efectivos **sólo cuando FONADIS lo solicite a través del sistema de postulación en línea.** Por lo tanto no gestione aportes en la etapa de solicitud de la ayuda técnica.

h) Se ha estimado asimismo necesario establecer un máximo de 5 AT solicitadas por cada solicitud, con independencia de la evaluación técnica que establezca la pertinencia del conjunto de las mismas.

i) Se establece un plazo mínimo de vida útil de 2 años para las ayudas técnicas, por lo tanto, no se podrá solicitar la misma ayuda técnica antes de este periodo para la misma persona. Esta norma queda sin efecto en el caso de los niños y niñas, donde la ayuda técnica deba reemplazarse por su crecimiento y/o en todas aquellas situaciones excepcionales, las que deben ser consultadas a este programa a través del sistema de mensajería interna o correo electrónico, antes de proceder a su solicitud. (robo, catástrofes, etc.). También se hará una excepción a este plazo en aquellas ayudas técnicas que se usan

durante todo el día y experimentan un alto desgaste, como algunas órtesis de miembro inferior, plantillas y calzado ortopédico, todo con el debido respaldo del profesional que prescribe.

j) El proveedor tiene un plazo de 15 días para comunicarse con el usuario para la entrega de la ayuda técnica aprobada. Si esto no ocurriera, el usuario contará con una carta enviada por FONADIS, donde se señalan los datos del proveedor con el fin de coordinar la entrega.

2. OTROS TEMAS ASOCIADOS A LA TRAMITACION DE AYUDAS TECNICAS

a) Problemas con la Ayuda Técnica

- **Calidad de la Ayuda Técnica:** El usuario(a) debe comunicarse y/o dirigirse a la casa comercial para hacer uso de la garantía, la cual dura un año contado desde su recepción.
- **Prescripción incorrecta:** Si la indicación prescrita por el profesional no cumple con las reales necesidades del usuario(a), se deberá informar por escrito a través de la mensajería del sistema de postulación en línea adjuntando el certificado o formulario de indicación que respalde técnicamente la modificación. El tiempo máximo establecido para informar a Fonadis esta situación será de 30 días hábiles a partir de la fecha de entrega de la ayuda técnica.
- **Rechazo de la Ayuda Técnica por parte del usuario(a):** El usuario(a) deberá comunicarse con el Encargado(a) de discapacidad, él(la) que deberá informar por escrito mediante oficio o correo electrónico a la Oficina Regional de FONADIS, argumentando las razones del rechazo a través del formulario "Rechazo Fundado", el que se encuentra disponible al final de esta guía.

b) Devolución de Coportes

Como se ha indicado anteriormente, los depósitos en la cuenta corriente de FONADIS, deben realizarse **sólo** cuando el Programa de Ayudas Técnicas lo solicita formalmente, a través de la mensajería del Sistema de Postulación en Línea.

Esto por motivo tales como:

- El postulante desiste de su solicitud
- Fallecimiento
- Fonadis financió la totalidad de la ayuda técnica, y los aportes ya se encontraban en la cuenta corriente de nuestra institución.

Para hacer devolución de los aportes la Institución Patrocinante deberá completar el formulario "Solicitud de Devolución de Fondos por Coportes", el que se encuentra disponible al final de esta Guía.

Una vez ingresada la solicitud de devolución de coportes, se procederá a verificar la existencia de dicho monto en la cuenta de FONADIS, para luego emitir un VALE VISTA nominativo, el que estará disponible en la sucursal del Banco Estado más cercana a su domicilio.

FONADIS informará oportunamente al usuario cuando dicho VALE VISTA esté disponible en la sucursal bancaria.

Si el usuario o su red han realizado un aporte voluntario al financiamiento de una ayuda técnica, éste se utilizará totalmente en la compra de dicho implemento. Se exceptúan los usuarios del sistema de Protección Social (Puente, Calle, Vínculo, Chile Solidario), devolviendo sin trámite alguno el aporte voluntario.

c) Anulación y Modificación de Resoluciones

- Anulación

Este proceso se realizará en las siguientes situaciones: fallecimiento del usuario(a) o contraindicación médica del uso de la ayuda técnica. Para realizar este trámite la institución patrocinante debe informar por oficio o e-mail al programa de ayudas técnicas.

- Modificación de resolución

Este proceso se realizará cuando exista error en la prescripción de la ayuda técnica o cuando la condición y contexto (ambiental) del usuario(a) cambie. Para ello el encargado(a) deberá informar por escrito al programa de Ayudas Técnicas mediante oficio o correo electrónico las razones de la modificación, adjuntado el debido respaldo profesional que corresponda (nuevo formulario de indicación), para su posterior evaluación.

- Reasignación

Este proceso se realiza cuando la ayuda técnica asignada, recibida y/o firmada conforme por el usuario(a), por razones expresamente fundamentadas imposibilitan el uso de ella. Cabe señalar que esta modalidad requiere de la acción conjunta de distintos departamentos de FONADIS, lo cual hace largo y complejo este trámite.

A continuación se detallan las condiciones necesarias para la reasignación de una Ayuda Técnica:

- i. La ayuda técnica deberá estar sin uso, embalada y en perfecto estado de funcionamiento.
- ii. El encargado de discapacidad deberá identificar a otro usuario(a) de la zona o cercano a esta que haya postulado o vaya a postular y requiera de la ayuda técnica, la que debe contar las mismas características solicitadas en formulario de solicitud. Si en 30 días hábiles no encuentra un usuario para reasignar la ayuda técnica, deberá hacer llegar la ayuda técnica de inmediato a la Oficina Regional correspondiente a su región. Estas acciones deben ser gestionadas en conjunto entre la encargado(a) de la discapacidad y la Oficina Regional de FONADIS, informando paralelamente al Programa de Ayudas Técnicas.
- iii. Una vez identificada y/o recepcionada la solicitud a la que se reasignará la ayuda técnica, se procederá a la evaluación de ésta bajo los criterios establecidos.
- iv. Se solicitará la modificación de la resolución donde se reasigna la ayuda técnica del usuario que inicialmente no recibió conforme.
- v. Se enviará copia de la resolución al encargado de discapacidad de la Institución Patrocinante, para que proceda a la entrega de la ayuda técnica, solicitando que el nuevo usuario firme la recepción conforme, este documento deberán hacerlo llegar a Fonadis.
- vi. Paralelamente se procederá a gestionar el nuevo requerimiento de ayuda técnica para el usuario que no recibió conforme la ayuda técnica.

- Dificultad en la adquisición

Es importante señalar que existen ayudas técnicas cuya compra son de alta complejidad, debido a la escasa oferta existente de los proveedores acreditados en Mercadopublico, por ejemplo: prótesis oculares, lentes intraoculares y filtros oculares. Es por ello que se solicita a los encargados de discapacidad, entregar información de proveedores que cuenten con el producto solicitado en la zona, de lo contrario **deberá gestionar el financiamiento del viaje y la estadía** del usuario en otra región donde se cuente con el producto requerido.

3. PROCESO Y REQUISITOS DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE AYUDAS TÉCNICAS

Para efectos de la solicitud deberán acompañar los siguientes formularios, los que se encuentran en el anexo de este documento:

a) Ficha De Protección Social (FPS)

La ficha de protección social es requisito para todas aquellas postulaciones que hayan ingresado al sistema del servicio, a partir del mes de enero de 2010, se ha definido como puntaje de corte para la admisibilidad de la solicitud los 13.484 puntos, focalizando de esta manera los recursos de ayudas técnicas el 60% más vulnerable de la población. Para aquellos casos en que el puntaje de Ficha de Protección Social excede el corte establecido, será necesario adjuntar a la solicitud un Informe Social, que señale claramente los ingresos y egresos del grupo familiar y el impacto que la ayuda técnica tendrá en la vida de la persona, de su grupo familiar y de su entorno.

Respecto del requisito de la Ficha de Protección Social y su puntaje, se han establecido las **excepciones** que siguen:

- Los niños y niñas entre 0 y 6 años, sólo deben acreditar aplicación de FPS sin importar el puntaje.
- Los niños y niñas que se encuentran institucionalizados en centros del Servicio Nacional de Menores y sus Instituciones colaboradoras, que se encuentran en situación de abandono.
- Jóvenes, adultos y adultos mayores, que se encuentran institucionalizados en centros de larga estadía, que se encuentran en situación de abandono.
- Personas con discapacidad que están privadas de libertad o que se encuentran en situación de abandono.

b) Inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad

Al momento de presentar los antecedentes, el solicitante deberá estar Inscrito en el Registro Nacional de la Discapacidad. **No será necesario adjuntar documento que respalde dicha inscripción**, dado que el Programa de Ayudas Técnicas, verifica esta información directamente en la base de datos del Registro Nacional de la Discapacidad.

Si el solicitante es miembro del Sistema de Protección Social (Puente, Calle, Vínculo, Chile Solidario Chile Crece Contigo, en este último niños y niñas entre 0 y 6 años), no será requisito estar inscrito en el Registro Nacional de la Discapacidad para realizar la solicitud de la ayuda técnica, igualmente se recomienda realizar este trámite.

c) Formulario de Contexto del Postulante

Las Ayudas Técnicas son valoradas como un recurso que favorece y apoya las acciones para la integración y la inclusión de las personas con discapacidad, por lo tanto es relevante considerar aspectos que tengan que ver con el desempeño y las circunstancias de ellas.

Este formulario contribuye a medir el impacto que tendrán las ayudas técnicas en los solicitantes, cuidador(es) y sus familias.

d) Formularios de Indicación

Las Ayudas Técnicas deben ser prescritas en los Formularios de Indicación diseñados para ello. Se recuerda que deben solicitar un **máximo de 5 Ayudas Técnicas** por cada solicitante por año. Se requerirá que los profesionales que utilizan estos formularios en formato impreso, utilicen exclusivamente **LETRA IMPRENTA** y llenando todos los campos de la misma, con la **firma y Rut del profesional**. Lo antes mencionado se enfatiza en todos los formularios de solicitud con la siguiente nota "Se hará efectivo

este formulario completando todos campos. Además debe ser timbrado y firmado por el profesional que prescribe, de lo contrario la solicitud será devuelta a la Institución Intermediaria”.

Las características de las Ayudas Técnicas deben ser especificadas y fundamentadas por el profesional según corresponda, de acuerdo a lo indicado en el cuadro número 1 de este documento. Estas ayudas técnicas deben estar relacionadas directamente con el objetivo de su indicación, considerando las limitaciones del solicitante en su funcionalidad, desempeño y barreras en la participación.

En cada formulario de indicación de ayudas técnicas se ha establecido señalar el ámbito de incidencia y tipo de cambio favorable, al momento de indicar, considere las siguientes definiciones:

- **Ámbito de Incidencia de la ayuda técnica.**
 - o **Educación:** se refiere a como la ayuda técnica favorece la participación en la educación formal e informal
 - o **Trabajo:** se refiere a como la ayuda técnica favorece la participación en una actividad laboral remunerada
 - o **Participación Comunitaria:** se refiere a como la ayuda técnica favorece la participación del usuario/a en su red social.
 - o **Actividades de la vida diaria:** Se refiere a como la ayuda técnica favorece la realización satisfactoria o medianamente satisfactoria hacia el cuidado de uno mismo y desplazamiento. También se refiere a la incidencia favorable para el cuidador/a.

- **Tipo de cambio favorable esperado con la ayuda técnica**
 - o **Funcional:** se refiere al cambio favorable experimentado con el uso de la ayuda técnica en la realización de las tareas del ámbito antes indicado.
 - o **Desempeño:** se refiere al cambio favorable y progresivo con el uso de la ayuda técnica en la ejecución de las tareas requeridas en el ámbito antes indicado.
 - o **Participación:** Se refiere al cambio favorable que experimenta la persona al involucrarse activamente en el ámbito antes indicado.
 - o **Autonomía personal:** Se refiere al cambio favorable y progresivo de la persona hacia el logro de su desarrollo personal y capacidad de decisión en el ámbito antes indicado.

e) Anexo nro. 2 Plan de Intervención asociado a las solicitudes de ayudas técnicas

Es necesario incorporar un nuevo criterio para la asignación de las AT, que consiste en la realización de acciones complementarias a la entrega de éstas, relacionadas con rehabilitación o entrenamiento a que debe asociarse su uso para un mejor aprovechamiento. Lo anterior con el fin de garantizar que la AT que se entregue favorezca significativamente la inclusión social de la persona con discapacidad. Este **plan es obligatorio** solo para aquellas solicitudes donde el usuario utilizara la ayuda técnica por primera vez.

El mecanismo de verificación de estos criterios es un formulario llamado “Anexo n°2: Plan de Intervención Asociado a las Solicitudes de Ayudas Técnicas”. En este formulario se solicita que el prescriptor de la AT o quien corresponda según el tipo de AT (ver listado de AT según tipo de Plan más abajo), comprometa acciones diferenciadas de apoyo al uso de la misma, según sea el caso.

- **Lista de Rehabilitación Complementaria:**
 - o Prótesis
 - o Órtesis
 - o Endoprótesis

- **Lista de Entrenamiento o Educación Complementarios:**
 - o Elementos de Apoyo Visual
 - o Elementos de Comunicación adaptados

- **Lista de Ayudas Técnicas con planes de Entrenamiento o Estimulación complementarios:**
 - o Elementos de posicionamiento
 - o Ayudas Técnicas para Actividades de la Vida Diaria (AVD) de :
Alimentación, higiene, vestuario, elementos de transferencia

- **Lista de Ayudas Técnicas que no requieren plan de intervención**
 - o Sillas de ruedas
 - o Bastones ortopédicos
 - o Muletas
 - o Andadores
 - o Elementos antiescaras
 - o Todas las anteriores si la ayuda técnica es para reemplazar por otra similar.

g) Carta Compromiso de Coaporte Persona Jurídica

La carta compromiso de coaporte de persona jurídica, indica los aportes que el encargado(a) ha gestionado en la red social, cabe señalar que este documento sólo se utilizará cuando el programa de Ayudas Técnicas solicite aportes para el o la usuario(a). Una vez enviada la información, se solicitará por oficio a la Institución Solicitante, que deposite los aportes comprometidos antes de 30 días. Finalmente el encargado(a) deberá enviar a través de la mensajería del Sistema de Postulación en Línea, el comprobante de depósito escaneado para su visación y se procederá a la redacción de la resolución correspondiente, siempre que FONADIS, en ese momento, disponga de recursos.

h) Formulario Solicitud de Devolución de Fondos por Coaporte

Para solicitar la devolución de los aportes, debe llenar este formulario y completar la información que se solicita. En ningún caso se realizará la devolución del aporte, a una tercera persona, ya sea natural o jurídica.

4. DEL PROCESO DE LA SOLICITUD

A través de la siguiente dirección Web <http://consulta.fonaweb.cl/>, Usted podrá consultar el estado de la solicitud de una o más ayudas técnicas para una persona natural. Para ello, podrá ingresar el N° de folio del expediente o el N° de C.I. del postulante.

Las solicitudes de financiamiento de ayudas técnicas seguirán el siguiente proceso en Fonadis:

PROGRAMA DE AYUDAS TÉCNICAS		
Etapa	Proceso	Tiempo promedio de realización
1	Recepción de solicitudes, Admisibilidad de los antecedentes y Validación de Ficha de Protección Social y RND	8 días hábiles
2	Evaluación Técnica	15 días hábiles
UNIDAD DE BIENES Y SERVICIOS		
3	Proceso de compra	Todos los procedimientos se ajustan a los establecido en la Ley de Compras y Contrataciones Públicas y que el Manual de Compras de Fonadis se encuentra publicado en www.chilecompra.cl
4	Generación Resolución Aprobatoria	
5	Emisión de orden de compra	
PROGRAMA DE AYUDAS TÉCNICAS		
6	Despacho de Resolución a la Institución	5 días
7	Carta al postulante informando asignación de la ayuda técnica	5 días

Cabe señalar que estos son los plazos internos en la ejecución del proceso de asignación de ayudas técnicas, en estos plazos no se consideran los correspondientes a las respuesta que deben entregar desde las distintas instituciones a las consultas que se realicen a través del sistema de mensajería del sistema de postulación en línea.

Además respecto al proceso de compras los plazos señalados son los establecidos en la Ley de Compras.

ANEXO: FORMULARIOS PARA LA TRAMITACIÓN DE AYUDAS TÉCNICAS

- FORMULARIO DEL CONTEXTO DEL SOLICITANTE
- FORMULARIO DE INDICACIÓN DE PRODUCTOS ANTIESCARAS
- FORMULARIO DE INDICACIÓN DE ELEMENTOS DE APOYO PARA LA MARCHA
- FORMULARIO DE INDICACIÓN DE ELEMENTOS PARA LA AUDICIÓN Y FONACIÓN
- FORMULARIO DE INDICACIÓN DE AYUDAS TÉCNICAS PARA APOYO VISUAL
- FORMULARIO DE INDICACIÓN DE ENDOPRÓTESIS
- FORMULARIO DE INDICACIÓN DE SILLA DE RUEDAS
- FORMULARIO DE INDICACIÓN DE PRÓTESIS Y ÓRTESIS
- FORMULARIO DE INDICACIÓN DE ADAPTACIONES PARA LA VIDA COTIDIANA, APOYO A LA INTEGRACION LABORAL Y EDUCATIVA
- COMPROMISO COAPORTE REALIZADO POR UNA PERSONA JURÍDICA
- COMPROMISO COAPORTE REALIZADO POR UNA PERSONA NATURAL
- FORMULARIO SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE FONDOS POR COAPORTE
- COMPROBANTE DE RECEPCIÓN CONFORME DE AYUDA TÉCNICA
- COMPROBANTE DE RECHAZO FUNDADO DE AYUDA TECNICA
- FORMULARIO DE SOLICITUD DE CONVENIO MARCO

 GOBIERNO DE CHILE SERVICIO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD	<h2>INFORME DE CONTEXTO DEL POSTULANTE</h2>
---	---

I. ANTECEDENTES PERSONALES

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE	
RUN		ESTADO CIVIL		PROFESION/ OFICIO	
REGION		Nº TELEFONO (particular o recado)		MEDIO	
				Urbano	Rural
GRADO DE INSTRUCCIÓN ALCANZADA		ESTUDIANTE		Nivel que se encuentra cursando	
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
JEFE(A) DE HOGAR		TRABAJADOR (A)		ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

II. CONDICION DE SALUD

DIAGNOSTICO RELACIONADO CON LA DISCAPACIDAD	
OTRA (S) ENFERMEDAD RELEVANTE ASOCIADA	
EL SOLICITANTE REQUIERE CUIDADOS DE TERCEROS	GRADO DE DEPENDENCIA
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PERMANENTE <input type="checkbox"/> INTERMITENTE <input type="checkbox"/> OCASIONAL

III. PARTICIPACION SOCIAL (MARQUE CON UNA X)

ASISTE A LA ESCUELA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CUENTA CON PLAN DE APOYO PEDAGOGICO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CUENTA CON PLAN DE ESTIMULACION	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ASISTE A REHABILITACION	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CUENTA CON PLAN DE REHABILITACION	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CUENTA CON PLAN DE ENTRENAMIENTO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
TIPO DISCAPACIDAD	FISICA		PORCENTAJE		%
	MENTAL(Psíquica/Intelectual)				
	SENSORIAL				
INDIQUE HOSPITAL, O CONSULTORIO EN QUE SE CONTROLA					

IV. OBSERVACIÓN DEL PROFESIONAL

--

V. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

NOMBRE Y RUT DEL PROFESIONAL	
PROFESIÓN	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO(S)	
CORREO ELECTRONICO	
INSTITUCION	

NOTA**1. Ayudas Técnicas que requieren de manera Obligatoria (que esté usando por primera vez):****Plan de Rehabilitación (Anexo n°2)**

En el caso de las solicitudes de las siguientes

- Elementos de Apoyo Visual,
- Órtesis. Prótesis,
- Elementos de posicionamiento,
- Elementos de comunicación adaptados y
- Endoprótesis

En el caso de las Ayudas Técnicas que se usan por primera vez y facilitan las Actividades de la Vida Diaria (AVD) deberán acompañarse de un **Proceso de Entrenamiento** de manera **OBLIGATORIA**, en el Anexo Nro. 2

2. Solicitudes con alto puntaje de Ficha de Protección Social:

En los casos que el puntaje de Ficha de Protección Social sea superior a los 13.484, deberá adjuntar escaneado en el sistema de postulación en línea un Informe Social



GRUPO 1
FORMULARIO DE INDICACIÓN DE PRODUCTOS ANTIESCARAS
 (TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS DE LLENAR, EN ORIGINAL IMPRESO, COMPLETAR SOLO CON LETRA IMPRENTA)

I. ANTECEDENTES PERSONALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE					
RUT				FECHA DE INDICACIÓN / /	
DIAGNÓSTICO					
PESO		ESTATURA		CONTEXTURA	Ectomorfa
					Mesomorfa
				Endomorfa	
TIPO DEFICIENCIA (SIN RND)	Física		LIMITACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD⁵	Leve	
	Sensorial			Moderado	
	Cognitiva			Severo	
	Psíquica			Grave	
	Retos Múltiples				

II. AYUDA TECNICA SOLICITADA

COLCHONES ANTIESCARAS	MARCAR	COJINES ANTIESCARAS	MARCAR
AIRE ESTÁTICO		GEL Y ESPUMA	
3 SECCIONES (FLOTACIÓN SECA)		GEL DE POLIURETANO CON FUNDA ANTIDESLIZANTE	
2 SECCIONES (FLOTACIÓN SECA)		FLOTACIÓN SECA	

	OTROS ELEMENTOS ANTIESCARAS (ESPECIFIQUE)	N°
1.		
2.		
3.		

OBJETIVO DE LA AYUDA TECNICA

III. AMBITO DE INCIDENCIA DE LA AYUDA TECNICA⁶

AMBITO EN CUAL TENDRÁ MAYOR INCIDENCIA O APOORTE LA AYUDA TÉCNICA SOLICITADA			
EDUCACIÓN	TRABAJO	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

IV. TIPO DE CAMBIO FAVORABLE ESPERADO CON LA AYUDA TECNICA SOLICITADA⁷

ESPECIFIQUE EL GRADO DE APOORTE E IMPACTO DE LA AYUDA TECNICA SOLICITADA			
FUNCIONAL	DESEMPEÑO	PARTICIPACIÓN	AUTONOMÍA PERSONAL

⁵ Se refiere a grado de funcionamiento del usuario(a) en relación al contexto y su desempeño en las actividades cotidianas.

⁶ En la guía de postulación de ayudas técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario.

⁷ En la guía de postulación de ayudas técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario.

V. PROFESIONAL QUE INDICA

NOMBRE Y RUT DEL PROFESIONAL			
PROFESIÓN		INSTITUCIÓN	
DIRECCIÓN			
TELÉFONO(S)		E-MAIL	
FIRMA Y TIMBRE			

NOTA: Se hará efectivo este formulario completando todos los campos. Además debe ser timbrado y firmado por el profesional que prescribe, de lo contrario la solicitud será devuelta a la Institución Intermediaria.



GRUPO 1
FORMULARIO DE INDICACIÓN ELEMENTOS DE APOYO PARA LA MARCHA
(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS DE LLENAR. SI ES MANUAL, EN ORIGINAL IMPRESO, COMPLETAR SOLO CON LETRA IMPRENTA)

I. ANTECEDENTES PERSONALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE					
RUT			FECHA DE INDICACIÓN	/ /	
DIAGNÓSTICO					
PESO		ESTATURA		CONTEXTURA	Ectomorfa
					Mesomorfa
					Endomorfa
TIPO DEFICIENCIA (SIN RND) (Sin RND)	Física		LIMITACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD⁸	Leve	
	Sensorial			Moderado	
	Cognitiva			Severo	
	Psíquica			Grave	
	Retos Múltiples				

II. AYUDA TECNICA SOLICITADA

BASTONES CANADIENSES	CANT.
CODERA FIJA	
CODERA MÓVIL	

MULETAS	CANT.
DE ALUMINIO	

ANDADORES	INDICAR
FIJO 2 RUEDAS	
PLEGABLE 2 RUEDAS	
ARTICULADO SIN RUEDAS	
FIJO SIN RUEDAS	
4 RUEDAS APOYO ANTEBRAZO, Y AXILAR	
4 RUEDAS CON ARNES (INFANTIL)	
OTRO (especificar)	

TIPO DE TERRENO PARA EL USO		
PRINCIPALMENTE REGULAR	PRINCIPALMENTE IRREGULAR	MIXTO

OBJETIVO DE LA AYUDA TECNICA

HE CONSIDERADO LAS DIMENSIONES DE LA AYUDA TECNICA SOLICITADA PARA SU USO EN EL DOMICILIO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------	-----------------------------

⁸ Se refiere a grado de funcionamiento del usuario(a) en relación al contexto y su desempeño en las actividades cotidianas.

III. AMBITO DE INCIDENCIA DE LA AYUDA TECNICA⁹

AMBITO EN CUAL TENDRÁ MAYOR INCIDENCIA O APORTE LA AYUDA TÉCNICA SOLICITADA			
EDUCACIÓN	TRABAJO	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

IV. TIPO DE CAMBIO FAVORABLE ESPERADO CON LA AYUDA TECNICA SOLICITADA¹⁰

ESPECIFIQUE EL GRADO DE APORTE E IMPACTO DE LA AYUDA TECNICA SOLICITADA			
FUNCIONAL	DESEMPEÑO	PARTICIPACIÓN	AUTONOMÍA PERSONAL

V. PROFESIONAL QUE INDICA

NOMBRE Y RUT DEL PROFESIONAL			
PROFESIÓN		INSTITUCIÓN	
DIRECCIÓN			
TELÉFONO(S)		E-MAIL	
FIRMA Y TIMBRE			

NOTA: Se hará efectivo este formulario completando todos los campos. Además debe ser timbrado y firmado por el profesional que prescribe, de lo contrario la solicitud será devuelta a la Institución Intermediaria.

⁹ En la guía de postulación de ayudas técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario

¹⁰ En la guía de postulación de ayudas técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario



GRUPO 1
FORMULARIO DE INDICACIÓN DE SILLA DE RUEDAS
(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS DE LLENAR. EN ORIGINAL IMPRESO, COMPLETAR SOLO CON LETRA IMPRENTA)

I. ANTECEDENTES PERSONALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE					
RUT			FECHA DE INDICACIÓN	/	/
DIAGNÓSTICO Y SECUELAS					
PESO		ESTATURA		CONTEXTURA	Ectomorfa
					Mesomorfa
					Endomorfa
TIPO DEFICIENCIA (SIN RND)	Física		LIMITACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD¹¹	Leve	
	Sensorial			Moderado	
	Cognitiva			Severo	
	Psíquica			Grave	
	Retos Múltiples				
DESCRIPCIÓN FUNCIONAL¹²					

II. AYUDA TECNICA INDICADA

TIPO DE SILLA DE RUEDAS A SOLICITAR

MODELO DE SILLA DE RUEDAS		Sólo para silla Monocomando o Eléctrica, indicar lado del comando	
<input type="checkbox"/> Traslado estándar	<input type="checkbox"/> Amputado	Lado comando:	Derecho <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Traumatológica	<input type="checkbox"/> Ultra liviana (activa)		Izquierdo <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Monocomando Manual		
<input type="checkbox"/> Deportiva (básica)	<input type="checkbox"/> Eléctrica		

¹¹ Se refiere a grado de funcionamiento del usuario(a) en relación al contexto y su desempeño en las actividades cotidianas.

¹² Se espera que el profesional señale características físicas y funcionales del usuario/a, que justifiquen la solicitud de la silla de ruedas.

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS SILLA DE RUEDAS SOLICITADA (Marcar las opciones que crea necesarias para el ajuste al usuario)

Asiento	: Ancho: _____ cm.	Para calcular el ancho de asiento de la silla de ruedas considere: La persona sentada en superficie plana, medir la distancia entre ambas caderas agregando dos centímetros por lado. (ancho de cadera + 2cm por lado= ancho de asiento)		
Respaldo (Sólo para silla neurológica)	: <input type="checkbox"/> Reclinable <input type="checkbox"/> Fijo			
Apoya Pies	: <input type="checkbox"/> Abatibles <input type="checkbox"/> Regulables en altura <input type="checkbox"/> De una hoja			
Piernera	: <input type="checkbox"/> Fija <input type="checkbox"/> Regulable en altura <input type="checkbox"/> Desmontable			
Apoya Brazos	: <input type="checkbox"/> Batientes <input type="checkbox"/> Cortos <input type="checkbox"/> Fijos <input type="checkbox"/> Desmontables <input type="checkbox"/> Largos			
Ruedas	: <input type="checkbox"/> Inflables <input type="checkbox"/> Macizas <input type="checkbox"/> Quinta Rueda			
Tipo de terreno a utilizar (indicar)	: <input type="checkbox"/> Principalmente regular <input type="checkbox"/> Principalmente irregular <input type="checkbox"/> Mixto			
Sistema de Sujeción y Posicionamiento (indicar si corresponde)¹³				

Indicar material de estructura si corresponde				

HE CONSIDERADO LAS DIMENSIONES DE LA AYUDA TECNICA SOLICITADA PARA SU USO EN EL DOMICILIO				
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				

OBJETIVO DE LA AYUDA TECNICA

III. AMBITO DE INCIDENCIA DE LA AYUDA TECNICA¹⁴

AMBITO EN CUAL TENDRÁ MAYOR INCIDENCIA O APOORTE LA AYUDA TÉCNICA SOLICITADA				
EDUCACIÓN	TRABAJO	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	

IV. TIPO DE CAMBIO FAVORABLE ESPERADO CON LA AYUDA TECNICA SOLICITADA¹⁵

ESPECIFIQUE EL GRADO DE APOORTE E IMPACTO DE LA AYUDA TECNICA SOLICITADA			
FUNCIONAL	DESEMPEÑO	PARTICIPACIÓN	AUTONOMÍA PERSONAL

¹³ Para silla de ruedas neurológica debe indicar sistema de sujeción y posicionamiento

¹⁴ En la guía de postulación de ayudas técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario

¹⁵ En la guía de postulación de ayudas técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario

V. IDENTIFICACION PROFESIONAL QUE PRESCRIBE

NOMBRE Y RUT DEL PROFESIONAL			
PROFESIÓN		INSTITUCIÓN	
DIRECCIÓN			
TELÉFONO(S)		E-MAIL	
FIRMA Y TIMBRE			

NOTA: Se hará efectivo este formulario completando todos los campos. Además debe ser timbrado y firmado por el profesional que prescribe, de lo contrario la solicitud será devuelta a la Institución Intermediaria.



GRUPO 2
FORMULARIO DE INDICACIÓN AYUDAS TÉCNICAS PARA LA AUDICIÓN Y FONACIÓN
 (TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS DE LLENAR. EN ORIGINAL IMPRESO, COMPLETAR SOLO CON LETRA IMPRENTA)

I. ANTECEDENTES PERSONALES

NOMBRE						
RUT		FECHA DE INDICACIÓN		/ /		
DIAGNÓSTICO						
TIPO DEFICIENCIA (SIN RND) (Sin RND)		Física		LIMITACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD¹⁶	Leve	
		Sensorial			Moderado	
		Cognitiva			Severo	
		Psíquica			Grave	
		Retos Múltiples				
HISTORIAL	Marca y Modelo de Audífono en uso			Oído Implementado		
Uso Previo Dispositivos			Tiempo Uso		Motivo Cambio	

II. AYUDA TECNICA AUDITIVA INDICADA

Modelo Audífono		
Uso de Equipo F.M.	Receptor	Transmisor
	<input type="checkbox"/> Oído Derecho <input type="checkbox"/> Oído Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Modelo Equipo FM	

III. AYUDA TECNICA PARA LA FONACION

MODELO	ESPECIFICACIONES
OBJETIVO DE LA AYUDA TÉCNICA	

¹⁶ Se refiere a grado de funcionamiento del usuario(a) en relación al contexto y su desempeño en las actividades cotidianas.

IV. AMBITO DE INCIDENCIA DE LA AYUDA TECNICA¹⁷

AMBITO EN CUAL TENDRÁ MAYOR INCIDENCIA O APORTE LA AYUDA TÉCNICA SOLICITADA			
EDUCACIÓN	TRABAJO	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

V. TIPO DE CAMBIO FAVORABLE ESPERADO CON LA AYUDA TECNICA SOLICITADA¹⁸

ESPECIFIQUE EL GRADO DE APORTE E IMPACTO DE LA AYUDA TECNICA SOLICITADA			
FUNCIONAL	DESEMPEÑO	PARTICIPACIÓN	AUTONOMÍA PERSONAL

VI. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

	MÉDICO O.R.L	TECNÓLOGO MÉDICO O.R.L.
NOMBRE		
RUT		
DIRECCIÓN		
TELÉFONO(S)		
CORREO ELECTRONICO		
INSTITUCION		
FIRMA Y TIMBRE		

NOTA: Se hará efectivo este formulario completando todos los campos. Además debe ser timbrado y firmado por el profesional que prescribe, de lo contrario la solicitud será devuelta a la Institución Intermediaria.

¹⁷ En la guía de postulación de ayudas técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario

¹⁸ En la guía de postulación de ayudas técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario

ANEXOS SOLICITUD ELEMENTOS DE APOYO AUDITIVO

ANEXO 1: ANTECEDENTES AUDIOLOGICOS

DIAGNOSTICO O.R.L.	Tipo de Pérdida	<input type="checkbox"/> Neurosensorial	<input type="checkbox"/> Transmisiva	<input type="checkbox"/> Mixta
	Edad de Adquisición	<input type="checkbox"/> Congénita	<input type="checkbox"/> Adquirida	<input type="checkbox"/> Prelingual <input type="checkbox"/> Postlingual
	Patologías	<input type="checkbox"/> Presbiacusia	<input type="checkbox"/> H.S.N. Congénita	<input type="checkbox"/> TORCHES
		<input type="checkbox"/> TACO	<input type="checkbox"/> Agenesia	<input type="checkbox"/> Otitis Crónica
		<input type="checkbox"/> Otras:		
	GRADOS DE PÉRDIDA AUDITIVA	OIDO DERECHO	OIDO IZQUIERDO	
	- Leve (20 – 40 dB.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Media (40 – 70 dB.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Severa (70 – 90 dB.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Sordera (+ de 90 dB.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P.T.P V. A.				
V.O.				
% Discriminación				
Uso de audífono en	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ANEXO 2: EXAMENES REALIZADOS

EXÁMENES	Exámenes Realizados	<input type="checkbox"/> Audiometría Tonal	<input type="checkbox"/> Impedanciometría	<input type="checkbox"/> Prueba de Audífono
		<input type="checkbox"/> Logoaudiometría	<input type="checkbox"/> PEAT	
	Control Audiológico	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Anual	

ANEXO 3: ANTECEDENTES FONOLOGICOS

Tipo de Pérdida	<input type="checkbox"/> Quirúrgica	<input type="checkbox"/> Traumática
	<input type="checkbox"/> Otra:	
INDICACIÓN		



GRUPO 2
FORMULARIO DE INDICACION AYUDAS TECNICAS PARA EL APOYO VISUAL
(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS DE LLENAR. EN ORIGINAL IMPRESO, COMPLETAR SOLO CON LETRA IMPRENTA)

I. ANTECEDENTES PERSONALES

NOMBRE					
RUT		FECHA DE INDICACIÓN	/	/	
DIAGNÓSTICO					
TIPO DEFICIENCIA (SIN RND)	Física		LIMITACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD¹⁹	Leve	
	Sensorial			Moderado	
	Cognitiva			Severo	
	Psíquica			Grave	
	Retos Múltiples				

II. AYUDA TECNICA INDICADA

AGUDEZA VISUAL: (CON REFRACCIÓN)		
DISTANCIA	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
Lejos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cerca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AGUDEZA VISUAL CON AYUDA OPTICA		
DISTANCIA	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
Lejos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cerca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. AYUDA TÉCNICA REQUERIDA²⁰:

<input type="checkbox"/> Magnificador Caracteres	<input type="checkbox"/> Lentes Intraoculares(1)	<input type="checkbox"/> Lupa	<input type="checkbox"/> Regleta y Punzón
<input type="checkbox"/> Bastón Guiador Medida: _____cm.	<input type="checkbox"/> Máquina Escribir Braille	<input type="checkbox"/> Telescopio	

DETALLE ESPECIFICACIONES²¹:

Prótesis Ocular	Tipo de Prótesis y Material
<input type="checkbox"/> Ojo Derecho <input type="checkbox"/> Ojo Izquierdo	

OBJETIVO DE LA AYUDA TECNICA

--

¹⁹ Se refiere a grado de funcionamiento del usuario(a) en relación al contexto y su desempeño en las actividades cotidianas.

²⁰ Será Obligatorio adjuntar la receta del profesional correspondiente

²¹ Considerar características técnicas para: magnificador, Lupa y telescopio

IV. AMBITO DE INCIDENCIA DE LA AYUDA TECNICA²²

AMBITO EN CUAL TENDRÁ MAYOR INCIDENCIA O APORTE LA AYUDA TÉCNICA SOLICITADA				
EDUCACIÓN		TRABAJO	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

V. TIPO DE CAMBIO FAVORABLE ESPERADO CON LA AYUDA TECNICA SOLICITADA²³

ESPECIFIQUE EL GRADO DE APORTE E IMPACTO DE LA AYUDA TECNICA SOLICITADA				
FUNCIONAL		DESEMPEÑO	PARTICIPACIÓN	AUTONOMÍA PERSONAL

VI. PROFESIONAL QUE INDICA

NOMBRE Y RUT DEL PROFESIONAL			
PROFESIÓN		INSTITUCIÓN	
DIRECCIÓN			
TELÉFONO(S)		E-MAIL	
FIRMA Y TIMBRE			

NOTA: Se hará efectivo este formulario completando todos los campos. Además debe ser timbrado y firmado por el profesional que prescribe, de lo contrario la solicitud será devuelta a la Institución Intermediaria.

²² En la guía de postulación de ayudas técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario

²³ En la guía de postulación de ayudas técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario



GRUPO 3
FORMULARIO DE DIAGNOSTICO DE INDICACIÓN DE PRÓTESIS
 (TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS DE LLENAR. EN ORIGINAL IMPRESO, COMPLETAR SOLO CON LETRA IMPRENTA)

I. ANTECEDENTES PERSONALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE							
RUT		FECHA DE INDICACIÓN		/		/	
DIAGNÓSTICO							
PESO		ESTATURA		CONTEXTURA		<input type="checkbox"/> Ectomorfa <input type="checkbox"/> Mesomorfa <input type="checkbox"/> Endomorfa	
Tipo Amputación	<input type="checkbox"/> Unilateral	Lado de la amputación	<input type="checkbox"/> Derecho	Tiempo de amputación (Años)		Tiempo uso de Prótesis (Años)	
	<input type="checkbox"/> Bilateral		<input type="checkbox"/> Izquierdo				
FUNCIONALIDAD ESPERADA CON USO DE PRÓTESIS		<input type="checkbox"/> Transferencias básicas		<input type="checkbox"/> Deambulación por el hogar		<input type="checkbox"/> Traslados independientes	
TIPO DEFICIENCIA (SIN RND)		Física		LIMITACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD²⁴		Leve	
		Sensorial				Moderado	
		Cognitiva				Severo	
		Psíquica				Grave	
		Retos Múltiples					

II. ANTECEDENTES MÉDICO/DIAGNÓSTICOS

ORIGEN DE LA AMPUTACIÓN	<input type="checkbox"/> Congénita	<input type="checkbox"/> Enfermedad Vascular	<input type="checkbox"/> Otras (indicar):
	<input type="checkbox"/> Traumática	<input type="checkbox"/> Tumor	
	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Secuela neurológica	

Nivel de Amputación

ZONA Y NIVEL DE AMPUTACIÓN	PIE (INDICAR TIPO)	TRANSTIBIAL	TRANSFEMORAL	CADERA	BAJO CODO	SOBRE CODO	HOMBRO
	<input type="checkbox"/> LISFRANC	<input type="checkbox"/> 1/3 DISTAL	<input type="checkbox"/> 1/3 DISTAL O DESARTICULADO	<input type="checkbox"/> DESARTICULADO	<input type="checkbox"/> 1/3 DISTAL	<input type="checkbox"/> 1/3 DISTAL	<input type="checkbox"/> DESARTICULADO
<input type="checkbox"/> CHOPART	<input type="checkbox"/> 1/3 MEDIO	<input type="checkbox"/> 1/3 MEDIO	<input type="checkbox"/> HEMIPELVECTOMIA	<input type="checkbox"/> 1/3 MEDIO	<input type="checkbox"/> 1/3 MEDIO	<input type="checkbox"/> TRANSESCAPULAR	
<input type="checkbox"/> SYME	<input type="checkbox"/> 1/3 PROXIMAL	<input type="checkbox"/> 1/3 PROXIMAL		<input type="checkbox"/> 1/3 PROXIMAL	<input type="checkbox"/> 1/3 PROXIMAL		

²⁴ Se refiere a grado de funcionamiento del usuario(a) en relación al contexto y su desempeño en las actividades cotidianas.

III. AYUDA TECNICA INDICADA

A. MIEMBRO SUPERIOR

TIPO PRÓTESIS	CODO		TIPO MANO	TIPO DE GANCHO	MONTAJE MUÑECA
<input type="checkbox"/> Modular <input type="checkbox"/> Convencional	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mecánico <input type="checkbox"/> Eléctrico	<input type="checkbox"/> Mecánica ²⁵ <input type="checkbox"/> Cosmética	<input type="checkbox"/> Aluminio <input type="checkbox"/> Acero	<input type="checkbox"/> Con rosca <input type="checkbox"/> Con bloqueo
PRÓTESIS DE DEDOS (ESPECIFICAR)					

B. MIEMBRO INFERIOR

TIPO PRÓTESIS	<input type="checkbox"/> MODULAR <input type="checkbox"/> CONVENCIONAL
----------------------	---

	*MATERIAL (INDICAR)	*TIPO O MODELO (INDICAR)
CASQUETE		
INTERFASE²⁶		
RODILLA		
PIERNA		
PIE		<input type="checkbox"/> Articulado <input type="checkbox"/> Sach

SISTEMA DE SUJECIÓN Y/O SUSPENSIÓN	SUSPENSIÓN AUXILIAR, SI REQUIERE (TIPO)
<input type="checkbox"/> Correas <input type="checkbox"/> Elástico <input type="checkbox"/> Válvula Succión <input type="checkbox"/> Shuttle Lock	

	SI	NO
LA EXTREMIDAD AMPUTADA CUMPLE CON LAS CONDICIONES MÉDICAS Y FÍSICAS ADECUADAS PARA USO DE PRÓTESIS (IRRIGACIÓN, FUERZA, EQUILIBRIO, TOLERANCIA AL ESFUERZO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA RECIBIDO O ESTA RECIBENDO TRATAMIENTO PRE-PROTÉSICO (REDUCCIÓN DE MUÑÓN, POTENCIA MUSCULAR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENTRENAMIENTO PROTÉSICO COMPROMETIDO Indique el Lugar si la respuesta es SI: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBJETIVO DE LA AYUDA TECNICA

²⁵ La mano mecánica incluye guante cosmético.

²⁶ Material que está en contacto directo con el segmento amputado.

IV. AMBITO DE INCIDENCIA DE LA AYUDA TECNICA²⁷

AMBITO EN CUAL TENDRÁ MAYOR INCIDENCIA O APOORTE LA AYUDA TÉCNICA SOLICITADA				
EDUCACIÓN		TRABAJO	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

V. TIPO DE CAMBIO FAVORABLE ESPERADO CON LA AYUDA TECNICA SOLICITADA²⁸

ESPECIFIQUE EL GRADO DE APOORTE E IMPACTO DE LA AYUDA TÉCNICA SOLICITADA				
FUNCIONAL		DESEMPEÑO	PARTICIPACIÓN	AUTONOMÍA PERSONAL

VI. PROFESIONAL QUE INDICA

NOMBRE Y RUT DEL PROFESIONAL			
PROFESIÓN		INSTITUCIÓN	
DIRECCIÓN			
TELÉFONO(S)		E-MAIL	
FIRMA Y TIMBRE			

NOTA: Se hará efectivo este formulario completando todos los campos. Además debe ser timbrado y firmado por el profesional que prescribe, de lo contrario la solicitud será devuelta a la Institución Intermediaria.

²⁷ En la guía de postulación de ayudas técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario

²⁸ En la guía de postulación de ayudas técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario



GRUPO 3
FORMULARIO DE DIAGNOSTICO DE INDICACIÓN DE ÓRTESIS
 (TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS DE LLENAR SEGÚN EL TIPO DE AYUDA TÉCNICA)

I. ANTECEDENTES PERSONALES

NOMBRE					
RUT			FECHA DE INDICACIÓN	/	/
DIAGNÓSTICO					
PESO		ESTATURA		CONTEXTURA	Ectomorfa
					Mesomorfa
					Endomorfa
TIPO DEFICIENCIA (SIN RND)	Física		LIMITACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD²⁹	Leve	
	Sensorial			Moderado	
	Cognitiva			Severo	
	Psíquica			Grave	
	Retos Múltiples				
EXTREMIDAD O SEGMENTO A TRATAR	<input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda				

II. ANTECEDENTES MÉDICOS DIAGNÓSTICOS

ORIGEN DE LA SECUELA	<input type="checkbox"/> Congénita <input type="checkbox"/> Enfermedad Vascular <input type="checkbox"/> Otras (indicar): <input type="checkbox"/> Traumática <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Secuela neurológica
CARACTERÍSTICAS DE LA SECUELA³⁰	

III. INDICACIÓN DE LA AYUDA TÉCNICA

	DERECHO	IZQUIERDO
ORTESIS DE MIEMBRO INFERIOR	TIPO O MODELO (INDICAR)	TIPO O MODELO (INDICAR)
	MATERIAL (INDICAR)	MATERIAL (INDICAR)

²⁹ Se refiere a grado de funcionamiento del usuario(a) en relación al contexto y su desempeño en las actividades cotidianas.

³⁰ Se espera que el profesional que prescribe mencione brevemente tipo, nivel, grado y/o antigüedad de la lesión.

	DERECHO	IZQUIERDO
PLANTILLAS	<input type="checkbox"/> MOLDEADAS <input type="checkbox"/> ESTANDAR <input type="checkbox"/> CON RELLENO ANTERIOR	<input type="checkbox"/> MOLDEADAS <input type="checkbox"/> ESTANDAR <input type="checkbox"/> CON RELLENO ANTERIOR
	<input type="checkbox"/> OTRAS (especificar) <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> OTRAS (especificar) <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
CALZADO	<input type="checkbox"/> CAJA AMPLIA O CAÑA ALTA <input type="checkbox"/> BALANCÍN RETROCAPITAL	<input type="checkbox"/> CAJA AMPLIA O CAÑA ALTA <input type="checkbox"/> BALANCÍN RETROCAPITAL
	<input type="checkbox"/> PIE DIABÉTICO <input type="checkbox"/> CON REALCE	<input type="checkbox"/> PIE DIABÉTICO <input type="checkbox"/> CON REALCE

ORTESIS DE TRONCO (INDICAR TIPO DE CORSÉ)	
--	--

OBJETIVO DE LA AYUDA TECNICA

IV. AMBITO DE INCIDENCIA DE LA AYUDA TECNICA³¹

AMBITO EN CUAL TENDRÁ MAYOR INCIDENCIA O APOORTE LA AYUDA TÉCNICA SOLICITADA				
<input type="checkbox"/> EDUCACIÓN	<input type="checkbox"/> TRABAJO	<input type="checkbox"/> PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	<input type="checkbox"/> ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	

V. TIPO DE CAMBIO FAVORABLE ESPERADO CON LA AYUDA TECNICA SOLICITADA³²

ESPECIFIQUE EL GRADO DE APOORTE E IMPACTO DE LA AYUDA TECNICA SOLICITADA				
<input type="checkbox"/> FUNCIONAL	<input type="checkbox"/> DESEMPEÑO	<input type="checkbox"/> PARTICIPACIÓN	<input type="checkbox"/> AUTONOMÍA PERSONAL	

VI. PROFESIONAL QUE INDICA

NOMBRE Y RUT DEL PROFESIONAL			
PROFESIÓN		INSTITUCIÓN	
DIRECCIÓN			
TELÉFONO(S)		E-MAIL	
FIRMA Y TIMBRE			

NOTA: Se hará efectivo este formulario completando todos los campos. Además debe ser timbrado y firmado por el profesional que prescribe, de lo contrario la solicitud será devuelta a la Institución Intermediaria.

³¹ En la guía de postulación de ayudas técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario

³² En la guía de postulación de ayudas técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario



GRUPO 4
FORMULARIO DE INDICACIÓN DE ENDOPRÓTESIS
 (TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS DE LLENAR. EN ORIGINAL IMPRESO, COMPLETAR SOLO CON LETRA IMPRENTA)

I. ANTECEDENTES PERSONALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE					
RUT		FECHA DE INDICACIÓN	/	/	
DIAGNÓSTICO ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD					
OTRAS SITUACIONES DE SALUD RELEVANTES					
TIPO DEFICIENCIA (SIN RND)	Física		LIMITACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD	Leve	
	Sensorial			Moderado	
	Cognitiva			Severo	
	Psíquica			Grave	
	Retos Múltiples				
INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DONDE SE OPERARÁ			FECHA EXACTA DE OPERACIÓN		
MODALIDAD DE LA CIRUGÍA	<input type="checkbox"/> SALA COMÚN <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> SEMI PENSIONADO				

II. AYUDA TÉCNICA INDICADA (Marque con una X)

A. ENDOPROTESIS DE RODILLA (S)

RODILLA	DERECHA	IZQUIERDA	AMBAS A LA VEZ	AMBAS EN OPERACIONES DISTINTAS
PRIMARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REVISIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MODULAR DE RECONSTRUCCIÓN POR TUMOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. ENDOPROTESIS DE CADERA (S)

CADERA PRIMARIA	DERECHA	IZQUIERDA	AMBAS A LA VEZ	AMBAS EN OPERACIONES DISTINTAS
CEMENTADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO CEMENTADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIBRIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CADERA REVISIÓN O RECAMBIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. INSTRUMENTAL DE COLUMNA

INSTRUMENTAL DE COLUMNA					
TIPO DE MATERIAL		ACERO <input type="checkbox"/>	TITANIO <input type="checkbox"/>		
SEGMENTO		NIVEL	TIPO DE PATOLOGÍA CAUSANTE		SISTEMA DE COLUMNA PEDICULAR
CERVICAL	<input type="checkbox"/>		DEGENERATIVA	<input type="checkbox"/>	ADULTO <input type="checkbox"/>
DORSAL	<input type="checkbox"/>		DEFORMIDADES / ESCOLIOSIS	<input type="checkbox"/>	PEDIATRICO <input type="checkbox"/>
LUMBAR	<input type="checkbox"/>		TUMORES	<input type="checkbox"/>	

D. BARRAS PECTUM

TIPO DE MATERIAL	
ACERO	<input type="checkbox"/>
TITANIO	<input type="checkbox"/>

EL PROFESIONAL QUE HACE LA PRESCRIPCIÓN DEBE INDICAR CLARA Y DETALLADAMENTE LOS ELEMENTOS QUE REQUIERE PARA LA INTERVENCIÓN

CANTIDAD	TIPO DE MATERIAL, DESCRIPCIÓN DE COMPONENTES	PARA CADA ENDOPROTESIS IDENTIFIQUE 2 ó 3 OPCIONES DEL INSTRUMENTAL SOLICITADO ACORDE A REQUERIMIENTOS DEL POSTULANTE A LA AYUDA TÉCNICA ³³
		1.
		2.
		1.
		2.
		1.
		2.

OBJETIVO DE LA AYUDA TECNICA

³³ En el caso de requerir sólo un tipo de instrumental, deberá adjuntar un certificado médico que justifique técnicamente dicha decisión.

III. AMBITO DE INCIDENCIA DE LA AYUDA TECNICA³⁴

AMBITO EN CUAL TENDRÁ MAYOR INCIDENCIA O APORTE LA AYUDA TÉCNICA SOLICITADA			
EDUCACIÓN	TRABAJO	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

IV. TIPO DE CAMBIO FAVORABLE ESPERADO CON LA AYUDA TECNICA SOLICITADA³⁵

ESPECIFIQUE EL GRADO DE APORTE E IMPACTO DE LA AYUDA TECNICA SOLICITADA			
FUNCIONAL	DESEMPEÑO	PARTICIPACIÓN	AUTONOMÍA PERSONAL

V. PROFESIONAL QUE INDICA

NOMBRE Y RUT DEL PROFESIONAL	
PROFESIÓN	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO(S)	
CORREO ELECTRONICO	
INSTITUCION	
FIRMA Y TIMBRE	

NOTA: Se hará efectivo este formulario completando todos los campos. Además debe ser timbrado y firmado por el profesional que prescribe, de lo contrario la solicitud será devuelta a la Institución Intermediaria.

³⁴ En la guía de postulación de ayudas técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario

³⁵ En la guía de postulación de ayudas técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario



GRUPO 5
FORMULARIO DE INDICACIÓN DE AYUDAS TÉCNICAS PARA LA VIDA COTIDIANA, APOYO A LA INTEGRACION LABORAL Y EDUCATIVA³⁶
(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS DE LLENAR. EN ORIGINAL IMPRESO, COMPLETAR SOLO CON LETRA IMPRENTA)

I. ANTECEDENTES PERSONALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE					
RUT		FECHA DE INDICACIÓN		/ /	
DIAGNÓSTICO Y SECUELAS					
PESO		ESTATURA		CONTEXTURA	
					Ectomorfa
					Mesomorfa
					Endomorfa
TIPO DEFICIENCIA (SIN RND)	Física		LIMITACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD³⁷	Leve	
	Sensorial			Moderado	
	Cognitiva			Severo	
	Psíquica			Grave	
	Retos Múltiples				

II. AYUDA TÉCNICA INDICADA

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	
ALIMENTACIÓN	<input type="checkbox"/> Cubiertos <input type="checkbox"/> Platos <input type="checkbox"/> Reborde de Plato <input type="checkbox"/> Vaso con Escotadura <input type="checkbox"/> Otro (indicar): _____
VESTUARIO	<input type="checkbox"/> Calzadores <input type="checkbox"/> Pone Medias <input type="checkbox"/> Pone Calcetines <input type="checkbox"/> Abrochador <input type="checkbox"/> Alcanzador <input type="checkbox"/> Otro (indicar): _____
HIGIENE MENOR	<input type="checkbox"/> Barras de WC <input type="checkbox"/> Alza WC <input type="checkbox"/> WC Portátil <input type="checkbox"/> Lavapelo <input type="checkbox"/> Otro (indicar): _____
HIGIENE MAYOR	<input type="checkbox"/> Tabla de Transferencia <input type="checkbox"/> Barras de Tina <input type="checkbox"/> Banqueta de Tina <input type="checkbox"/> Silla de Ducha <input type="checkbox"/> Otro (indicar): _____
DESPLAZAMIENTO Y POSICIONAMIENTO	<input type="checkbox"/> Rampas <input type="checkbox"/> Grúa de Transferencia (Tecele) <input type="checkbox"/> Asiento Pediátrico (sitting) <input type="checkbox"/> Bipedestador (indicar tipo) _____ <input type="checkbox"/> Silla de madera adaptada <input type="checkbox"/> Mesa de madera adaptada <input type="checkbox"/> Silla y mesa de madera adaptada <input type="checkbox"/> Otro (indicar): _____

³⁶ Las ayudas técnicas mencionadas en este formulario son SÓLO referenciales, si el profesional indica una distinta, utilizar el recuadro respectivo.

³⁷ Se refiere a grado de funcionamiento del usuario(a) en relación al contexto y su desempeño en las actividades cotidianas.

EDUCACION Y TRABAJO	<input type="checkbox"/> Tapete Antideslizante	<input type="checkbox"/> Puntero Cefálico	<input type="checkbox"/> Atril de Lectura
	<input type="checkbox"/> Puntero Manual		
	<input type="checkbox"/> Otro (indicar):	<input type="text"/>	
	Implementos informáticos³⁸		
	<input type="checkbox"/> Teclado Adaptado	<input type="checkbox"/> Notebook	
	<input type="checkbox"/> Mouse Adaptado	<input type="checkbox"/> Desktop (computador de escritorio)	
<input type="checkbox"/> Software (indicar):	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Otros (indicar):	<input type="text"/>		

OBJETIVO DE LA AYUDA TECNICA

III. AMBITO DE INCIDENCIA DE LA AYUDA TECNICA³⁹

AMBITO EN CUAL TENDRÁ MAYOR INCIDENCIA O APORTE LA AYUDA TÉCNICA SOLICITADA			
EDUCACIÓN	TRABAJO	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

IV. TIPO DE CAMBIO FAVORABLE ESPERADO CON LA AYUDA TECNICA SOLICITADA⁴⁰

ESPECIFIQUE EL GRADO DE APORTE E IMPACTO DE LA AYUDA TÉCNICA SOLICITADA			
FUNCIONAL	DESEMPEÑO	PARTICIPACIÓN	AUTONOMÍA PERSONAL

V. PROFESIONAL QUE INDICA

NOMBRE Y RUT DEL PROFESIONAL			
PROFESIÓN		INSTITUCIÓN	
DIRECCIÓN			
TELÉFONO(S)		E-MAIL	
FIRMA Y TIMBRE			

NOTA: Se hará efectivo este formulario completando todos los campos. Además debe ser timbrado y firmado por el profesional que prescribe, de lo contrario la solicitud será devuelta a la Institución Intermediaria.

³⁸ El profesional que prescribe deberá considerar que para este tipo de ayudas técnicas el usuario debe participar activamente en actividades laborales y/o educativas, lo que se respaldará con un certificado educacional y/o laboral.

³⁹ En la guía de postulación de ayudas técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario

⁴⁰ En la guía de postulación de ayudas técnicas, se especifica cada objetivo de los términos señalados en el formulario

COMPROMISO DE COAPORTE REALIZADO POR UNA PERSONA JURIDICA

SANTIAGO; _____ de _____ de _____

_____, Rol Único Tributario N° _____,

(Nombre Institución)

representada legalmente por don(ña) _____,

ambos domiciliados en calle _____

N° _____, Comuna de _____, declara que se compromete a

aportar _____ la suma de

_____ (\$ _____

pesos) para financiar en parte

la(s) _____, que

(Nombre implemento)

por concepto de ayuda(s) técnica (s) se ha solicitado a FONADIS , para el beneficiario don(ña) _____

Cédula de Identidad N° _____.

Firma, nombre y cargo



FORMULARIO SOLICITUD DE DEVOLUCION DE FONDOS POR COAPORTES

MOTIVO DE LA SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN

--

¿EL POSTULANTE QUE SOLICITA LA DEVOLUCION SE ENCUENTRA TRAMITANDO EL FINANCIAMIENTO DE UNA AYUDA TÉCNICA?

SI	NO

ANTECEDENTES DEL POSTULANTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

RUN	DIRECCION	COMUNA	FONO
BANCO	TIPO DE CUENTA	N° DE CUENTA ⁴¹	

ANTECEDENTES DEL RECEPTOR DE LOS FONDOS (SÓLO PARA AQUELLOS CASOS DONDE LOS FONDOS CORRESPONDEN A LA INSTITUCIÓN PATROCINANTE)

INSTITUCIÓN		RUN
BANCO	TIPO DE CUENTA	N° DE CUENTA

MONTO A DEVOLVER CORRESPONDE A COAPORTE: (MARQUE CON UNA X E INDIQUE EL NOMBRE DE LA (S) INSTITUCION SI CORRESPONDE A COAPORTE JURIDICO).

NATURAL	JURIDICO

MONTO A DEVOLVER NATURAL	MONTO A DEVOLVER JURIDICO

NOMBRE RESPONSABLE DE LA SOLICITUD	
INSTITUCIÓN	
FIRMA	
TIMBRE	

⁴¹ Si el usuario no tiene una cuenta de cualquier tipo donde depositar la devolución de los fondos, se generará un Vale Vista nominativo al usuario/a, el que deberá ser retirado en la sucursal del Banco Estado previamente informada.



COMPROBANTE DE RECEPCION CONFORME DE AYUDA TÉCNICA

En _____ a _____ de _____

El FONDO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD, FONADIS, habiendo acogido a tramitación y aprobado el financiamiento de la Ayuda Técnica: _____

para el solicitante Sr(a) _____

Rut: _____ procede con esta fecha a su entrega, a través del proveedor _____ recibéndola

conforme y en persona, el propio solicitante de la Ayuda Técnica identificada, de quien el funcionario responsable de dicho acto, ha tenido a la vista su cédula de identidad o la de su representante⁴², Sr(a)

_____ Rut _____.

Responsable de esta entrega el SR. / SRA.: _____

Rut: _____

FIRMA QUIEN ENTREGA

FIRMA QUIEN RECIBE

Motivo por el cual el solicitante no recibe directamente la Ayuda Técnica (parentesco con el solicitante)

⁴² Se debe justificar claramente cuando no es el solicitante quien recibe directamente la Ayuda Técnica, señalando la relación de parentesco con éste.



COMPROBANTE DE RECHAZO FUNDADO DE AYUDA TÉCNICA⁴³

En _____ a _____ de _____

El FONDO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD, FONADIS, habiendo acogido a tramitación y aprobado el financiamiento de la Ayuda Técnica: _____

para el solicitante Sr(a) _____

Rut: _____, quien conoció con esta fecha, el producto asignado al proveedor(identificar) _____ y

procede presencialmente por sí mismo(marcar la opción que corresponda) a rechazar su asignación o entrega de la misma debido a los siguientes motivos (debe señalar uno o más) :

1. _____
2. _____
3. _____

El funcionario responsable de la entrega de la Ayuda Técnica, que ha derivado en rechazo, ha tenido a la vista la cédula de identidad del solicitante o la de su representante⁴⁴ Sr. (a) _____ Rut _____

Funcionario/Empleado Responsable de este rechazo fundado: SR. /SRA.: _____
Rut: _____

FIRMA DE QUIEN RECHAZA

FIRMA FUNCIONARIO

⁴³ Para modificar o reiterar la solicitud de Ayuda Técnica rechazada por el solicitante, es obligatorio llenar este formulario y firmar en la fecha que se rechaza

⁴⁴ Debe señalar la relación de parentesco con el solicitante



ANEXO NRO. 1 FORMULARIO DE SOLICITUD DE CONVENIO MARCO

Por la presente solicito suscripción de Convenio Marco de Ayudas Técnicas con nuestra institución que más abajo se identifica, a fin de tramitar por nuestro intermedio las que requieran las personas con discapacidad que atendemos.

I. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre o Razón Social			
RUT			
Domicilio			
Dirección de correo electrónico			
Comuna		Región	
Fono		Fax	
Entidad está Acreditada*	Si ____	No ____	

*Nota: A este Formulario se debe adjuntar la Solicitud de Acreditación de Personas Jurídicas y la documentación legal según la naturaleza de la institución, para el caso de no encontrarse acreditada, información que se encuentra disponible en la página Web <http://www.fonadis.cl>, Link "Acreditación".

II. IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre	
Cargo	
N°Cédula de Identidad	

III. PROPÓSITO DE LA INSTITUCIÓN U ORGANIZACIÓN

Objeto de la Entidad	
Nombre del Representante Legal	
Fecha	
Firma y Timbre Representante Legal	

ANEXO NRO. 2
PLAN DE INTERVENCIÓN ASOCIADO A LAS SOLICITUDES DE AYUDAS TÉCNICAS
 (Este formulario debe ser llenado para personas que cuentan con plan de apoyo pedagógico, de estimulación, rehabilitación o entrenamiento)

I. ANTECEDENTES PERSONALES DEL USUARIO:

NOMBRE			
RUT		FECHA DE INDICACIÓN	/ /

II. PLAN DE APOYO

PLAN INDIVIDUAL (Marcar una opción)	<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN <input type="checkbox"/> ESTIMULACIÓN <input type="checkbox"/> EDUCATIVO <input type="checkbox"/> ENTRENAMIENTO <input type="checkbox"/> INDUCCIÓN O INTEGRACIÓN LABORAL
TIEMPO APROXIMADO DE LA INTERVENCIÓN	
NOMBRE INSTITUCION/PROGRAMA	
DIRECCION DONDE SE REALIZARA LA INTERVENCION	
OBJETIVOS	1.
	2.
	3.
ACTIVIDADES	1.
	2.
	3.

III. PROFESIONAL QUE INDICA

NOMBRE Y RUT DEL PROFESIONAL			
PROFESIÓN		INSTITUCIÓN	
DIRECCIÓN			
TELÉFONO(S)		E-MAIL	
FIRMA Y TIMBRE			

NOTA: Este formulario es obligatorio completar para las siguientes ayudas técnicas:

- Elemento de apoyo visual
- Órtesis y Prótesis
- Elementos de posicionamiento
- Elementos de comunicación adaptados
- Endoprótesis
- Ayudas Técnicas Informática

ANEXO NRO. 3

ORIENTACIONES PARA LA SOLICITUD DE AYUDAS TÉCNICAS CON ENFOQUE DE GÉNERO

GENERALIDADES

Discapacidad y género

Los roles de género construidos histórica y socialmente, han asignado papeles diferenciados a hombres y mujeres, marcando desigualdades a partir del sexo. Así las mujeres han sido las encargadas de desarrollar las tareas de reproducción y cuidado de la familia, mientras que los hombres son formados para desempeñarse como proveedores de los recursos de sobrevivencia. Esta diferencia entre el trabajo reproductivo y productivo tiene una valoración social diferente, donde el productivo es altamente valorado y respetado, mientras que el reproductivo es invisibilizado y restringido al espacio íntimo de la familia.

Es evidente que esta valoración diferente de los roles sociales asignados a cada sexo, pone a la mujer en una situación de desventaja respecto de las oportunidades de desarrollo disponibles en la sociedad moderna, cuestión que se verifica en varios campos de la vida social, especialmente en su acceso al mundo del trabajo. Si bien su incorporación al ámbito laboral es un hecho desde hace ya muchos años, esto no ha venido aparejado de un cambio o redistribución de los roles sociales relacionados al cuidado de los hijos y de la familia. Efectivamente, la mujer trabajadora sigue a cargo de esos roles cumpliendo una doble jornada laboral, una de ellas fuera del hogar y remunerada, y la otra en su hogar, sin ningún tipo de recompensa ni económica ni provisional⁴⁵.

Los efectos de la aparición de una discapacidad en la vida de una persona son claramente limitantes, pero en una sociedad como la chilena, en que la incorporación de la perspectiva de género en la vida social aún incipiente, el impacto negativo de la discapacidad es mayor en una mujer que en un hombre, viéndose afectadas sus oportunidades de desarrollo de manera más severa. A la invisibilización de su rol social, se suma la invisibilización de su condición de discapacidad, lo que la hace más vulnerable, determinándose así una mayor severidad de la misma.

Por razones culturales enraizadas en el prejuicio y el desconocimiento, a las mujeres con discapacidad no se las valida en su derecho a desarrollarse en todos los planos de la vida, especialmente en aquellos roles ligados al sexo (maternidad, cuidado familiar, pareja). Aún en nuestros días, un porcentaje importante de familias de mujeres con discapacidad no ven con buenos ojos la posibilidad de que desarrollen su autonomía social y económica, por temor a los obstáculos que pueden encontrar producto de la discriminación y prejuicios que aún pesan sobre las personas con discapacidad. Esta dinámica familiar se constituye en una sobreprotección que es más fuerte sobre las mujeres que sobre los hombres con discapacidad.

Por otra parte en el ámbito de la discapacidad y género, se hace necesario mencionar una situación agravada de vulneración de derechos de la mujer que debe hacerse cargo del cuidado de uno o más miembros de la familia con discapacidad. Efectivamente, el rol cultural asignado a la mujer determina que sea la madre, hija, esposa, hermana, o cualquier otra mujer, la que asuma el cuidado del familiar con discapacidad que generalmente le demanda dedicación exclusiva, viendo así truncadas sus posibilidades de desarrollo personal.

Ayudas Técnicas y enfoque de género

Una oferta pública de ayudas Técnicas con un enfoque de integralidad debe orientarse intencionalmente a aminorar y eliminar cuando sea posible, brechas de acceso y de equidad de mujeres y hombres. Es en ese marco que FONADIS se dispone a incorporar a su programa de ayudas Técnicas, la perspectiva de género.

El programa de Ayudas Técnicas tiene un foco integral en la medida que sus productos favorecen la autonomía y participación social de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de desarrollo social como lo son el educativo, de trabajo, de recreación, de rehabilitación, entre otros.

⁴⁵ Cabe mencionar que la reforma provisional promulgada en el gobierno de la Dra. Michelle Bachelet, se considera el pago de una pensión básica solidaria a aquellas mujeres que dedicaron la mayor parte de sus vidas a las labores de dueña de casa.

Considerando la participación como el aspecto medular del proceso de integración-inclusión, se sugieren a continuación ámbitos específicos de aplicación de enfoque de género en la indicación y evaluación de ayudas Técnicas específicas, a modo ilustrativo y por lo tanto no exhaustivo.

AMBITOS DE APLICACION

Rehabilitación, educación y Trabajo

El acceso en igualdad de condiciones a estos ámbitos esenciales para la vida y desarrollo de las personas, es un desafío aún para las personas con discapacidad respecto de las que no la tienen. Esta brecha es considerablemente mayor en el caso de las mujeres con discapacidad respecto de los hombres en esa misma condición. En muchas ocasiones, la mujer con discapacidad es instada a permanecer eternamente en el espacio hogareño, en circunstancias que el hombre con discapacidad será privilegiado con los recursos de que dispone la familia para salir al mundo de la educación, el trabajo y la rehabilitación. Lo anterior se sustenta en la idea preconcebida de que el hombre debe cumplir con su rol de proveedor, tenga o no discapacidad, en cambio la mujer con discapacidad, en el mejor de los casos podrá depender del sustento económico de un hombre, y si no es así, permanecerá en el espacio familiar de por vida. La idea de que la mujer con discapacidad sea autónoma e independiente económicamente, aún pertenece al ámbito de la excepción.

En tal sentido, el Programa de Ayudas Técnicas considera en la evaluación de cada caso que postula a la obtención de una Ayuda Técnica, la transversalidad de la perspectiva de género en el caso presentado, teniendo como objetivo central de la asignación de los recursos de financiamiento, la inclusión social de las mujeres con discapacidad. Asimismo se tiende a equiparar la cantidad de asignaciones de financiamiento entre hombres y mujeres.

La sexualidad

En nuestra sociedad, las personas con discapacidad son normalmente percibidas como asexuadas, invisibilizándose a puntos extremos el derecho a vivir una sexualidad plena de acuerdo a la etapa del desarrollo en que se encuentra la persona. Esta situación se agrava muchas veces por la propia negación de la personas con discapacidad a tener una vida sexual plena, motivada por las experiencias de rechazo o discriminación de que han sido víctimas. Esta situación se ve fuertemente agravada en el caso de las mujeres, sobre las cuales pesa además la responsabilidad cultural de evitar un embarazo, al igual que en las mujeres sin discapacidad.

Aunque no existe un mercado de Ayudas Técnicas especialmente desarrollado para favorecer el ejercicio de una sexualidad responsable en las personas con discapacidad, las Ayudas Técnicas y adaptaciones, en la medida que favorecen el desempeño de diferentes actividades con autonomía, pueden impactar positivamente en el bienestar sexual de la personas con discapacidad.

Para que lo anterior ocurra, debe desarrollarse una estrecha e íntima relación entre el profesional que prescribe la AT y la persona con discapacidad, al punto de que el tema de la vida sexual pueda tocarse en el caso que corresponde y poder así prescribir la AT o adaptación que mejor incremente el desempeño de la persona en su vida íntima.

Vida Diaria

Dentro de este grupo específico de ayudas técnicas, se debe considerar a aquellas que apoyan el desarrollo de actividades diferenciadas que impactan sobre la autonomía y calidad de vida de hombres y mujeres.

Juguetes adaptados

En la etapa de infancia, niñas y niños con discapacidad requieren juguetes e implementos recreativos adaptados para jugar, que respondan a sus necesidades particulares, etapa de desarrollo e intereses. Como en todos los niños, el juego tiene el fin de modelar y diferenciar roles, además de favorecer la adquisición de

aprendizajes significativos. En este sentido, FONADIS promueve la asignación de este tipo de recursos, con el mismo criterio de equiparación de oportunidades entre niños y niñas. Para todos los niños y niñas con discapacidad, lo que va a determinar que dicha equidad se concrete, es la prescripción de la AT y/o adaptación, que deberá ser hecha atendiendo a que su uso favorezca el acceso a las oportunidades de desarrollo tanto en niños como en niñas. Por ejemplo, procurar que a las niñas se les indiquen implementos de apoyo para ir a la escuela, en la misma proporción que se hace con los niños, al igual que las AT para favorecer autonomía y movilidad. Este señalamiento pretende neutralizar la tendencia a favorecer a los niños con este tipo de apoyos que les permitirán el desarrollo fuera del hogar, mientras que en las niñas pudiera favorecerse el desempeño autónomo al interior de la casa y el desarrollo de actividades domésticas.

Tareas en el Hogar

Las tareas del hogar están culturalmente asignadas a las mujeres. Sin embargo, se da el caso de familias que delegan las tareas domésticas en el hombre con discapacidad, especialmente cuando no tiene un rol productivo fuera del hogar. Cuando se trata de una mujer, es más fuerte la tendencia a que esta permanezca en el hogar, incluso al cuidado de otros miembros de la familia. Existen en el ámbito de las adaptaciones y Ayudas Técnicas, implementos de apoyo que facilitan la manipulación de objetos y utensilios para realizar todo tipo de tareas del hogar. Lo importante aquí es que toda vez que éstos se prescriban, se considere el criterio de equidad de género, y esto debe hacerse teniendo un conocimiento acabado del desempeño del o la persona, lo que permitirá al prescriptor asegurar que su prescripción promueve el desarrollo integral de la persona, de acuerdo a sus posibilidades, necesidades e intereses.

Higiene y Arreglo Personal

Este grupo de AT y adaptaciones deben prescribirse teniendo especial atención en aspectos ligados al género. Por ejemplo el período menstrual de la mujer, el maquillaje, o afeitarse en los hombres, debe ser considerado a la hora de prescribir AT o adaptaciones tales como soportes especiales, espejos magnificadores, entre otros. Asimismo pueden requerirse utensilios o productos de apoyo diferenciados para apoyar la ejecución autónoma de la tarea de higiene perineal que es muy diferente para hombres y mujeres; la actividad de ir al baño, de realizarse el autocateterismo, por ejemplo, es sin duda más complejo para las mujeres que para los hombres y pueden requerir de mobiliario adaptado y otros implementos.