

Planilla 3

SOLICITUD DE SILLA DE RUEDAS MOTORIZADA

DATOS DEL AFILIADO/

Apellido y nombres: _____ Edad: _____

Afiliado N°: _____

1) Su patología le permite propulsarse SI ☐ NO ☐

(Cualquier alternativa elegida explicar de manera técnico-profesional):

2) Actividades del paciente: (intra o extra domiciliario) SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo descripción de la misma: _____

3) Características edilicias, calles y veredas del lugar que habita

Habitaciones, movimiento de giros: SI ☐ NO ☐Pisos de material: SI ☐ NO ☐Medidas de aberturas: Desniveles SI ☐ NO ☐Calles asfaltadas SI ☐ NO ☐ Veredas SI ☐ NO ☐Rampas SI ☐ NO ☐Asistencia Médica o paramédica domiciliaria: SI ☐ NO ☐

OBSERVACIONES:

Patología oftalmológica: SI ☐ NO ☐ Cardiológica SI ☐ NO ☐

Especificar: _____

Opinión del médico de la región: _____
