

PARA COMPLETAR POR EL MÉDICO PRESCRIPTOR Planilla 1DIAGNOSTICO: _____
_____TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL: _____
_____**EQUIPAMIENTO ACTUAL:**

- Fecha en la que fue equipado: _____
 - Tiempo de uso del equipamiento actual: _____
 - Características técnicas: _____
 - Estado de conservación (describa deterioro): _____
-
- _____
-
- _____

EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL AFILIADO:Control corporal: _____
_____Autovalimiento: _____
_____Equipamiento utilizado para la marcha: _____
_____Objetivo terapéutico en referencia al tipo de material solicitado: _____
_____Actividades que realiza el afiliado: _____
_____**DETALLE TÉCNICO DEL EQUIPAMIENTO SOLICITADO (MATERIAL, CARACTERÍSTICAS Y FUNDAMENTACIÓN DE SU USO):**

_____**DETALLE DE OTRAS PRESTACIONES QUE RECIBE EL AFILIADO:**

_____**EN CASO DE TRATARSE DE EQUIPAMIENTO PROTESICO DEBERÁ INFORMARSE:**Tratamiento preprotésico cumplimentado: **SI** **NO** Logro de marcha con equipamiento: **SI** **NO**

Fecha de amputación: _____