

Planilla 4

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: _____
