MINISTERIO DE SALUD UGP INCLUIR SALUD ENTRE RIOS

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SILLAS DE RUEDAS

El presente formulario, completado y firmado correctamente, junto con la documentación que se detalla a continuación debe ser remito a la Unidad de Gestión Incluir Salud

1. Copia del carné de beneficiario
2. Copia del DNI
3. Copia de la última OPP (recibo de sueldo de la pensión)
4. Copia del certificado nacional de discapacidad.
5. Resumen de historia clínica LEGIBLE O TIPIADA, actualizada.
6. PEDIDO MEDICO, especificando características de la misma.

Apellido y Nombre del Beneficiario:

_____

DNI:

Teléfonos de contacto del beneficiario o tutor, vecinos:

Fecha del pedido:

Institución:

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

POSICIÓN DECUBITO DORSAL		POSICIÓN SENTADA (SIN SILLA ACOLCHADA)	
ALTO DE TRONCO		DESDE CADERA A RODILLAS	
ANCHO DE TRONCO		DESDE RODILLA A PIE	
TRONCO + CABEZA		PIE	
		DESDE HOMBRO A CODO	
		DESDE CABEZA A HOMBRO	
		DESDE HOMBRO A PELVIS	
		ANCHO DEL ASIENTO	

PESO	
TALLA	

Firma y sello profesional

Sello de la Institución Pública

Aclaración:

- No se debe omitir ninguna medida para una correcta gestión de compra.

- El programa brinda cobertura de **sillas de ruedas estándar y posturales**. Es necesario describir las especificaciones técnicas de la silla solicitada.