

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PARA SILLA DE RUEDAS
LLENAR POR EL MÉDICO SOLICITANTE INFORMACIÓN GENERAL

Apellido y Nombre:

Edad:

DNI:

Teléfono:

Posee Certificado de Discapacidad: SI NO

Apellido y Nombre (del padre/madre/tuto):

DNI:

Centro de Salud / Hospital:

Médico Referente:

Usuario previo de Silla de Ruedas: SI NO desde año:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD.....

.....

BREVE RESUMEN HISTORIA CLÍNICA:

.....

.....

DETALLAR LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

Peso..... Altura.....

Posee Control cefálico: SI NO

Posee Control de tronco: SI NO

Tiene conservación de la sensibilidad: SI NO

Tiene desviaciones de columna: SI NO

Puede propulsar una silla de ruedas: SI NO

Usa ambos miembros superiores: SI NO

Usa solo uno de sus miembros superiores Cual:

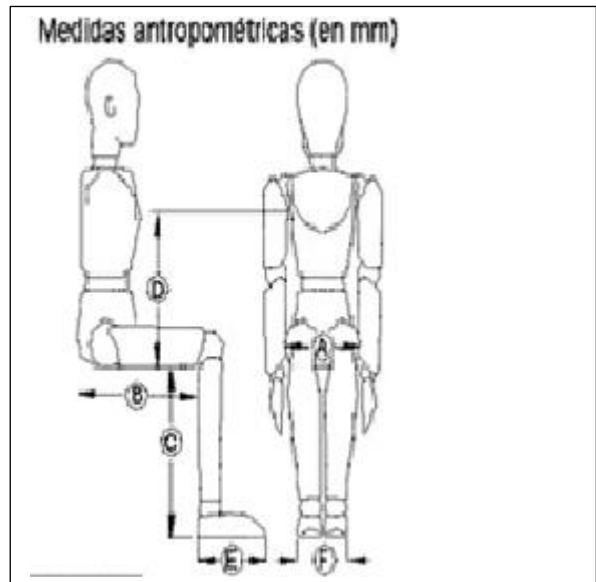
El paciente puede pararse: SI NO
El paciente puede deambular dentro de su casa: SI NO
El paciente puede deambular fuera de su casa: SI NO

Se solicita SILLA DE RUEDAS PARA:

Uso Temporario Uso Definitivo
Uso Diario Escolaridad
 Rehabilitación
 Centro de día otros Detalle cual.....

MEDIDAS DE LA SILLA

- A. Ancho de Asiento.....
- B. Profundidad del asiento.....
- C. Altura de pedana-asiento.....
- D. Altura del respaldo.....
- E. Largo del pie.....



Firma y Sello del Médico Prescriptor

FORMULARIO PARA SER LLENADO POR EL PADRE/MADRE/ TUTUOR

Apellido y Nombre (del niño/a):

DNI:

Apellido y Nombre (del padre/madre/tuto):

DNI:

Cobertura social:

Domicilio:

Barrio:

Ciudad:

ZONA DONDE VIVE:

Urbana

Suburbana

Rural

Calles de Tierra

Mejorado

Asfalto

ACCESIBILIDAD en el hogar

INGRESO

Escalones: SI NO

A Nivel: SI NO

Rampa: SI NO

Ancho de puerta:

Ascensor: SI NO

INTERIOR

Escalones: SI NO

A Nivel: SI NO

Ancho de puerta más angosta.....

FIRMA DEL FAMILIAR RESPONSABLE