

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 habitaHabitaciones, 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: _____
