

FICHA DE SOLICITUD DE AYUDAS TÉCNICAS (CENATT)



Ministerio de Desarrollo Social

*Fecha: _____

* Nombres y apellidos _____ * Edad _____

* Tipo de documento (marque el que corresponde)

Nº de documento

CI Documento extranjero

* Departamento

* Localidad

* Tel., Cel

* Dirección _____

* Diagnóstico médico _____

* Talla _____

* Peso _____

* Úlceras por presión (especificar lugar)

* Ayudas técnicas solicitadas

* Medidas del usuario cm

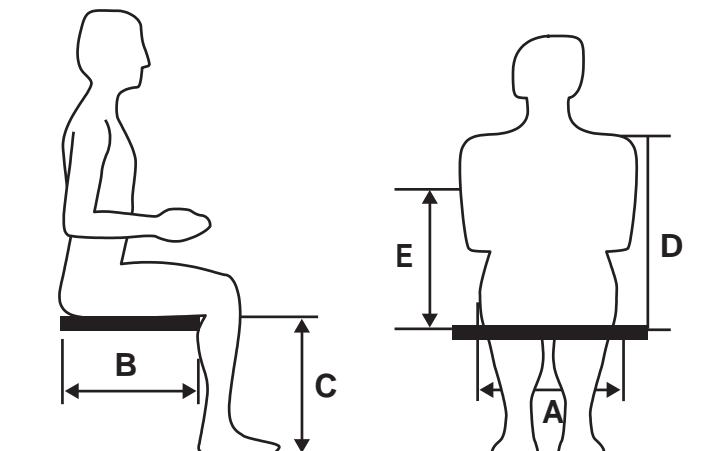
A- Ancho de caderas _____

B- Pelvis-hueco poplíteo _____

C- Hueco poplíteo-pies _____

D- Pelvis-hombro _____

E- Pelvis-axila _____



Las medidas son excluyentes para la solicitud de sillas de ruedas

FICHA DE SOLICITUD DE AYUDAS TÉCNICAS (CENATT)



Ministerio
**de Desarrollo
Social**

PRÓTESIS

Miembros inferiores

Miembros superiores

Causa de amputación _____

Fecha de amputación _____

Nivel de amputación _____

Utiliza prótesis actualmente Si No

En caso de respuesta afirmativa, aclarar hace cuánto tiempo _____

Personas mayores de 65 años y/o personas con amputación de causa vascular y/o con patología cardíaca, debe presentar autorización para el uso de prótesis, por Médico Cirujano Vascular y/o Cardiólogo (excluyente)

ÓRTESIS Y CALZADO ORTOPÉDICO

Indicación _____

Tipo _____

Solicitud de calzado con un realce mayor a 3 cm debe ser indicado por Traumatólogo (excluyente).

AUDÍFONOS

Solicita audífono Derecho Izquierdo Bilateral

Pérdida auditiva Severa Moderada Leve

Presenta otra patología que causa discapacidad (especifique)

Solicitud de audífono debe ser indicada por Médico Otorrinolaringólogo (excluyente) y adjuntar audiograma (excluyente).

Firma médico:

Aclaración:

Sello:

Institución:

Datos de contacto

Correo: cenatt@mides.gub.uy

Teléfono: 24000302 internos 5555 y 5557

Dirección: Camino Castro 280

Atención de lunes a viernes de 8 a 16 horas.