

SOLICITUD DE SILLA DE RUEDAS
DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE:	FECHA DE SOLICITUD:		
EDAD:	SEXO:	ALTURA:	PESO:
DIRECCION:			
TEL 1:	TEL 2:	OTROS CONTACTOS:	
EMAIL:			
OCUPACION, NIVEL EDUCATIVO:			
NOMBRE DEL PADRE Y OCUPACION		NOMBRE DE LA MADRE Y OCUPACION	
EDAD		EDAD	
NÚMERO DE HERMANOS/AS			

EQUIPO QUE REQUIERE (AID REQUIRED)

SILLA DE RUEDAS ANDADERA MULETAS BASTON PET VERTICALIZADOR OTRO, EXPLIQUE: _____

INFORMACION MÉDICA

DIAGNOSTICO:					
INICIO DE ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD:					
METODO PARA MOVILIZARSE CON SILLA DE RUEDAS:					
AMBOS BRAZOS <input type="checkbox"/>		BRAZO DERECHO <input type="checkbox"/>		BRAZO IZQUIERDO <input type="checkbox"/>	
PIERNA IZQUIERDA <input type="checkbox"/>		PIERNA DERECHAR <input type="checkbox"/>		IMPULSADA POR UN AYUDADOR <input type="checkbox"/>	
COMENTARIO _____					

POR FAVOR REALICE LAS MEDIDAS EN PULGADAS
FOTOGRAFÍA

MEDIDA CORPORAL		MEDIDA	MEDIDAS
A	RESPALDO		
B	PROFOUNDIDAD DEL ASIENTO	IZQ.	
		DER	
C	PANTORRILLA	IZQ.	
		DER	
D	ANCHO DE CADERA		
E	ANCHO DE TRONCO		

INFORMACION TOMADA POR

NOMBRE: _____

ORGANIZACIÓN: _____

TEL 1: _____ TEL 2: _____

E-MAIL: _____