

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			

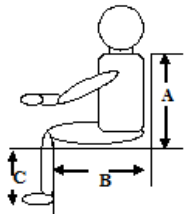
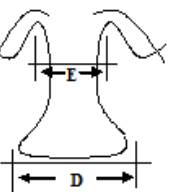
EQUIPO QUE REQUIERE (AID REQUIRED)

SILLA DE RUEDAS <input type="checkbox"/>	ANDADERA <input type="checkbox"/>	MULETAS <input type="checkbox"/>	BASTON <input type="checkbox"/>	PET <input type="checkbox"/>	VERTICALIZADOR <input type="checkbox"/>	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"/>	AMBAS PIERNAS <input type="checkbox"/>
PIERNA IZQUIERDA <input type="checkbox"/>	PIERNA DERECHA <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	PROFUNDIDAD 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:	