

SOLICITUD DE PRÓTESIS DE MIEMBROS INFERIORES

Tipo de Solicitud

Primera vez	<input type="checkbox"/>	Renovación	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	------------	--------------------------

Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A completar por el médico tratante:

ANTECEDENTES PERSONALES										
Nombre	<input type="text"/>						Cédula	<input type="text"/>		
Peso	<input type="text"/>						Talla	<input type="text"/>		
Detallar lugar de trabajo y tareas que realiza										
<input style="height: 100px;" type="text"/>										
ANTECEDENTES MÉDICOS										
Origen de la secuela	Congénita	<input type="checkbox"/>	Traumática	<input type="checkbox"/>	Vascular	<input type="checkbox"/>	Neurológica	<input type="checkbox"/>	Oncológica	<input type="checkbox"/>
Enfermedad vascular	<input type="checkbox"/>	Otra (especificar)		<input type="text"/>						
Si es traumática, especificar tipo y fecha:										
Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/>	Accidente laboral	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	Fecha	<input type="text"/>			
Tiempo de amputación (meses)			<input type="text"/>			Tiempo de uso de prótesis (meses)			<input type="text"/>	
PRODUCTO DE APOYO SOLICITADO										
Prótesis según nivel de amputación										
Transfemoral	<input type="checkbox"/>	Transtibial		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>					
Desarticulada de cadera	<input type="checkbox"/>	Lisfranc		<input type="checkbox"/>	Chopart	<input type="checkbox"/>	Syme	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Otra (especificar)	<input type="text"/>									
Segmento a tratar	Derecho		<input type="checkbox"/>	Izquierdo		<input type="checkbox"/>	Bilateral		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
CONSIDERACIONES DE AMPUTACIÓN										
¿Uso previo de prótesis?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>					
Si seleccionó No: ¿Cumple con condiciones médicas y físicas adecuadas para el uso de prótesis?							Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido o está recibiendo tratamiento preprotésico?							Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Médico tratante

Nombre:N° CJPU.....Firma.....

Timbre profesional