



Gerencia de Prestaciones Económicas
Gerencia de Prestaciones de Salud

SOLICITUD DE PRÓTESIS DE MIEMBROS INFERIORES

Tipo de Solicitud

Primera vez ☐ Renovación ☐

Día	Mes	Año

A completar por el médico tratante:

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

Médico tratante

Nombre:N° CJPU.....Firma.....

Timbre profesional

BORRAR DATOS

IMPRIMIR