

Formulario de Solicitud de silla de ruedas

Información del Solicitante

Fecha de solicitud

Nombre de persona que usará la silla de ruedas:		N° registro Usuario FUNTER	
Referido por (Cuenta propia, institución, alcaldía, etc.)		DUI usuario o cuidador si es < de edad:	
Estado civil y ocupación:	_____ ; _____	Nombre cuidador	
Teléfono o celular de persona o familiar:* NI		Fecha de Nacimiento:	Edad:
Dirección de vivienda, depart y municipio:			

Condiciones Médicas

<p>Diagnóstico:</p> <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Lesión de Médula Espinal <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<p>¿Tiene el solicitante llagas o escaras por presión?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>Amputación:</p> <input type="checkbox"/> Arriba rodilla D. <input type="checkbox"/> Debajo rodilla D. <input type="checkbox"/> Arriba rodilla I. <input type="checkbox"/> Debajo rodilla I.	<p>Si la respuesta es afirmativa, dónde nota rojeces o dolores, favor marcar en que parte del cuerpo en las figuras siguientes:</p> <p style="text-align: center;">FRENTE ESPALDA</p> <div style="text-align: center;"> </div>
<input type="checkbox"/> Otros – Describa porque la persona necesita la silla de ruedas:	<p>¿La persona tiene antecedentes de llagas o escaras por presión?</p> Si _____ No _____
<p>*Peso en libras:</p>	<p>Nivel de actividad:</p> Activo <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Pasivo <input type="checkbox"/>

Condición de uso de silla de ruedas

<p>1 ¿Ha utilizado antes una silla de ruedas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2 ¿Ya tiene una silla de ruedas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si dice Sí, ¿De dónde obtuvo la silla de ruedas?</p> <p>3 ¿Cuándo obtuvo la silla de ruedas? _____</p> <p>4 ¿Tiene puertas angostas o utiliza el transporte público? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5 ¿Por qué necesita una silla de ruedas?</p> <input type="checkbox"/> No puede caminar <input type="checkbox"/> Puede caminar con un dispositivo de ayuda (por ejemplo, andadera, bastón, órtesis, prótesis), pero se cansa o tiene dolor <input type="checkbox"/> Tiene una silla de ruedas dañada <input type="checkbox"/> Tiene una silla de ruedas que no cumple con sus necesidades <input type="checkbox"/> Otros. Especifique: _____ <p>6 La persona entra y sale de una silla:</p> <input checked="" type="checkbox"/> Por si sola <input type="checkbox"/> Con ayuda de 1 persona <input type="checkbox"/> Con ayuda de 2 personas

Preguntas para determinar a qué servicio puede referirse a la persona (por favor responder a todas las preguntas):

• Cuando está sentado, ¿puede mantener la cabeza levantada o erguida sin apoyo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• ¿Puede mantenerse sentado en una silla sin ayuda o sin apoyos de forma segura?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• ¿Tiene deformidades o desviaciones en la columna vertebral o la pelvis (cadera)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• ¿Puede usar sus brazos ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• ¿Puede mover y usar sus piernas ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• ¿Tiene movimientos incontrolados del tronco, de los brazos o de las piernas?	Hogar trabajo Areas rurales
• ¿Dónde usará la silla de ruedas? Marque X a la par de la opción.	Comunidad Transporte publico

Información para uso personal de FUNTER:

Fecha y nombre de recepción solicitud por encargado Servicio Silla de Ruedas: _____ ; _____

Modelo y talla preliminar: _____

***NI: No puede ser tel. o cel institucional o de organización que apoya al usuario**

Contáctanos a través de nuestros teléfonos o WhatsApp: Merliot 2505-6820/7683 5651, San Vicente 2505-6840/7683-3386 y Sonsonate 2505-6860 /7922-7152.

GUIA DE MEDIDAS PARA UNA SILLA DE RUEDAS ADECUADA

Se necesitan cuatro medidas del usuario para seleccionar entre las sillas de ruedas disponibles el mejor tamaño para ese usuario. Cada medida está relacionada con la silla de ruedas.

Usar una cinta métrica extensible o de costura.

Pueden usarse libros o cartones para ayudarse a medir con precisión.

Pedirle al usuario de silla de ruedas que se siente lo más erguido posible. Los pies del usuario deben apoyarse en el piso o en una caja o ladrillo, si no puede llegar al piso cómodamente. En todas las mediciones, asegurar que la cinta métrica esté derecha y que el usuario de silla de ruedas se siente erguido.



1. Ancho del Asiento

Verificar que no haya nada en los bolsillos del usuario antes de tomar las medidas.

Medir las caderas o la parte más ancha de los muslos.

Ancho de Cadera:	_____	cm
-------------------------	-------	-----------



2. Profundidad del Asiento

Medir desde atrás de la nalga hasta el hueco de la rodilla en línea recta.

Siempre medir las dos piernas. Si hay alguna diferencia entre las dos piernas, comprobar que el usuario esté bien sentado. Si persiste la diferencia, hacer la prescripción de la silla de ruedas para el lado más corto.

Profundidad del Asiento:	
Derecha: _____ cm	Izquierda: _____ cm



3. Largo de Apoyapiés

Medir desde el hueco de la rodilla hasta la base del talón.

Asegurar que los tobillos del usuario estén doblados a 90 grados (si es posible).

Siempre medir las dos piernas.

El usuario de silla de ruedas debe llevar los zapatos que usa habitualmente (si este es el caso).



Largo de Apoyapiés:	
Derecha: _____ cm	Izquierda: _____ cm

4. Respaldo

Medir desde escapulas hasta el asiento la cinta se debe mantener en línea recta.

Respaldo: _____ cm



Por Favor tomar fotos de frente y de lado del usuario que aplica en silla de ruedas se pide que use ropa ajustada y se siente recto.

