

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSUMOS  
(CAMA ORTOPEDICA O COLCHON ANTIESCARAS)**

Fecha:.....

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Apellido y Nombre:..... DNI:..... Edad:.....

Domicilio: .....Localidad.....Teléfono:.....

Diagnóstico:.....Resolucion Especial SI NO

Marcar con X los casilleros que corresponda:

CAMA ORTOPEDICA:

COLCHON ANTIESCARAS:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Teléfono: .....

---

**PARA SER COMPLETADO POR EL AREA QUE CORRESPONDA (AUDITORIA/PLANES ESPECIALES)****DE ACUERDO A LA AUDITORIA EN TERRENO PRESENTA (puntaje de DAVD): .....**AUTORIZADO: CAMA ORTOPEDICA: COLCHON ANTIESCARAS: NO AUTORIZADO: 

FECHA:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO AUDITOR

**FICHA DE VALORACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

<b>1. BAÑO</b>	<b><u>Independiente:</u></b> Se baña enteramente solo o necesita ayuda solo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía)	
	<b><u>Dependiente:</u></b> Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar de la bañera o, no se baña solo	
<b>2. VESTIDO</b>	<b><u>Independiente:</u></b> Toma la ropa de los cajones y armarios, puede ponerse y abrocharse solo. se excluye el acto de atarse los zapatos	
	<b><u>Dependiente :</u></b> No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido	
<b>3. USO DE WC</b>	<b><u>Independiente:</u></b> Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	
	<b><u>Dependiente:</u></b> No va al W.C. solo, no se arregla la ropa y no se asea los órganos excretores	
<b>4. MOVILIDAD</b>	<b><u>Independiente:</u></b> Se levanta se acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	<b><u>Dependiente:</u></b> Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos	
<b>5. CONTINENCIA</b>	<b><u>Independiente:</u></b> Control completo de micción y defecación	
	<b><u>Dependiente:</u></b> Incontinencia parcial o total de la micción o defecación	
<b>6. ALIMENTACION</b>	<b><u>Independiente:</u></b> Lleva el alimento a la boca desde el plato y equivalente. Se excluye cortar la carne	
	<b><u>Dependiente:</u></b> Necesita ayuda para comer , no come en absoluto o requiere de alimentación parenteral	
<b>PUNTUACION TOTAL</b>		

**De acuerdo a la siguiente clasificación:**

- 0 – 1 puntos = ausencia de Incapacidad o Incapacidad leve.
- 2 – 3 puntos = Incapacidad moderada.
- 4 – 6 puntos = Incapacidad severa.