



### Informe Biomédico Funcional

*\*Este informe debe ser elaborado y firmado por un profesional de salud o educación, según corresponda.  
Todos los campos son de llenado obligatorio\**

#### I. Datos de Identificación del usuario(a):

|           |  |            |  |
|-----------|--|------------|--|
| Apellidos |  |            |  |
| Nombre    |  |            |  |
| Rut       |  | Fecha Nac. |  |

#### II. Antecedentes biomédicos y funcionales del usuario(a):

|                    |                                            |                                               |                                             |
|--------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Causa Discapacidad | <input type="checkbox"/> Física            | <input type="checkbox"/> Sensorial Visual     | <input type="checkbox"/> Sensorial Auditiva |
|                    | <input type="checkbox"/> Mental / psíquica | <input type="checkbox"/> Mental / Intelectual |                                             |

(Puede marcar una o más de una causa)

|                                                    |         |
|----------------------------------------------------|---------|
| Diagnósticos asociados a la causa de discapacidad: |         |
| - .....                                            | - ..... |
| - .....                                            | - ..... |
| Otros diagnósticos:                                |         |
| - .....                                            | - ..... |
| - .....                                            | - ..... |

Fuente: ficha clínica o médico tratante

|                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Breve historia de la condición de salud del usuario(a) (data de la condición de salud, evolución, tratamiento, rehabilitación, etc.): |
| .....                                                                                                                                 |
| .....                                                                                                                                 |
| .....                                                                                                                                 |
| .....                                                                                                                                 |
| .....                                                                                                                                 |
| .....                                                                                                                                 |
| .....                                                                                                                                 |
| .....                                                                                                                                 |

|                                      |
|--------------------------------------|
| Medicamentos indicados al usuario(a) |
| .....                                |
| .....                                |



|       |
|-------|
| ..... |
| ..... |
| ..... |
| ..... |

| Descripción del estado funcional del usuario(a) |
|-------------------------------------------------|
| .....                                           |
| .....                                           |
| .....                                           |
| .....                                           |
| .....                                           |

| Atenciones o intervenciones recibidas en el sistema de salud y/o educativo (tratamiento, programa de salud, rehabilitación, otro) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| .....                                                                                                                             |
| .....                                                                                                                             |
| .....                                                                                                                             |
| .....                                                                                                                             |
| .....                                                                                                                             |

|                                                |                             |                             |
|------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Usuario(a) requiere ayuda técnica <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Cuál o cuáles:                                 |                             |                             |
| .....                                          |                             |                             |
| .....                                          |                             |                             |

|                              |                             |                             |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Usuario(a) usa ayuda técnica | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Cuál o cuáles:               |                             |                             |
| .....                        |                             |                             |
| .....                        |                             |                             |

### III. Contacto profesionales tratantes en la red de salud

| Nombre y apellido | Profesión | Rut   | Teléfono |
|-------------------|-----------|-------|----------|
| .....             | .....     | ..... | .....    |
| .....             | .....     | ..... | .....    |

<sup>1</sup> Se entiende como cualquier producto externo (dispositivos, equipos, instrumentos o programas informáticos) fabricado especialmente o ampliamente disponible, cuya principal finalidad es mantener o mejorar la independencia y el funcionamiento de las personas y, por tanto, promover su bienestar. Estos productos se emplean también para prevenir déficits en el funcionamiento y afecciones secundarias. Existen ayudas técnicas para audición y comunicación (audífonos, amplificadores, tablas de comunicación, otros), visuales (lentes, lupa, bastones de orientación, otros), para movilidad (bastones, silla ruedas, andadores, otros), posicionamiento (sitting, cojines, otros), higiene (barras de apoyo, lavapelo, elevador de WC, otros), vestuario (calzador, abotonador, otros), alimentación (plato con reborde, sondas, otros), órtesis (estabilizadoras, dinámicas, cervicales, SEC, otras), prótesis, respiradores (CPAP, BIPAP, equipo O2) Orientaciones 2017 Ayudas Técnicas: Definición, Clasificación y Especificaciones. Minsal, 2017.



|                |                |                |                |
|----------------|----------------|----------------|----------------|
| .....<br>..... | .....<br>..... | .....<br>..... | .....<br>..... |
| .....<br>..... | .....<br>..... | .....<br>..... | .....<br>..... |

**IV. Datos de identificación del profesional informante:**

|                    |  |               |  |
|--------------------|--|---------------|--|
| Nombre completo    |  |               |  |
| Profesión          |  | Rut           |  |
| Institución        |  |               |  |
| Correo electrónico |  |               |  |
| Teléfono           |  | Fecha informe |  |

.....

FIRMA Y TIMBRE