



Solicitud de Donación de Silla de Ruedas

Datos del Beneficiario

Fecha : Día Mes Año 2024

Nombres :	
Apellidos :	
Cédula de Identidad :	
Enfermedad que padece :	
Edad :	
Dirección del Domicilio :	
Provincia :	Ciudad :
Teléfonos :	
Correo Electrónico :	

APROBADO

Adjuntar:

- x Foto actual de cuerpo entero
- x Copia de Cédula de identidad
- x Certificado Médico que indique el estado de salud y la necesidad de silla de ruedas.

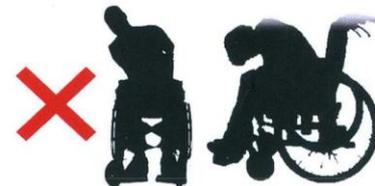
Firma del solicitante

Nombre completo del solicitante

Tipo de parentesco del beneficiario

Observación:

El paciente debe sentarse y sostener el tronco.



Entregar formulario con **todos** los requisitos en:
Calle José Mascote entre Julián Coronel y Vicente de Piedrahita
Bodega de Logística de Donaciones
Teléfono: 042-289861
Email: jmunozp@jbgve.org.ec
jgarrido@jbgve.org.ec

FORMULARIO DE SOLICITANTE DE SILLA DE RUEDAS



INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del solicitante:

Fecha de nacimiento:

MES DÍA AÑO

Dirección:

No. de Teléfono:

Correo electrónico:

¿Está trabajando ahora?
 Sí No ¿Qué trabajo?

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

Nombre del cuidador:

No. de teléfono:

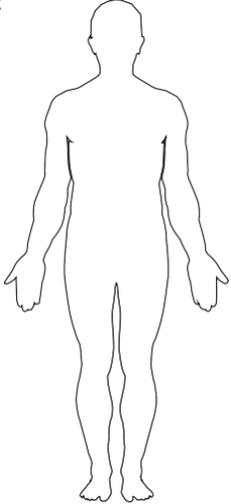
Correo electrónico:

LLAGAS/PIEL

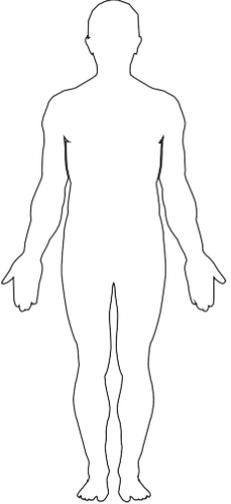
¿El solicitante tiene llagas? Sí No

En caso afirmativo, ¿en dónde observa enrojecimiento o llagas?

FRENTE



ESPALDA



DISCAPACIDAD

¿Por qué necesita una silla de ruedas?

¿Tiene una nota del médico o un certificado del gobierno?
 Sí No

¿Ha tenido una silla de ruedas anteriormente?
 Sí No

¿Tiene puertas estrechas o usa el transporte público?
 Sí No

CONSIDERACIONES

El solicitante PUEDE:

Mantener la cabeza erguida:
 Sí No

Mantener el cuerpo erguido:
 Sí No

Utilizar los brazos:
 Sí No

Utilizar las piernas:
 Sí No

Controlar el intestino y la vejiga:
 Sí No

Otras notas:

El solicitante se sienta y se levanta de una silla:
 De forma independiente
 Con ayuda
 Con ayuda de 2 personas

Este solicitante puede necesitar:
 Cinturón de seguridad
 Arnés
 Cojín de alivio de presión

Técnico:

NOMBRE IMPRESO FIRMA FECHA

Nombre del solicitante:

Fecha de hoy:

¿Tiene el solicitante una herida abierta?
 Sí No
*** EN CASO AFIRMATIVO, NO SE DA LA SILLA DE RUEDAS.
Remita al solicitante a un médico profesional

¿El solicitante necesita apoyo para sentarse en posición vertical?
 Sí No
*** EN CASO AFIRMATIVO, LEVANTE EL RESPALDO.

MIDA ESTAS TRES ÁREAS

Tenga cuidado de no doblar la cinta métrica

#1 ANCHO DEL ASIENTO: _____ (cm) →
Esto le ayudará a elegir la caja:

¿En dónde mido?

- Longitud en la parte más ancha de las caderas o de las piernas



ANCHO DEL ASIENTO (CM)	MODELO Y TAMAÑO
38cm – 44cm <input type="checkbox"/> →	GEN_1
25cm – 29cm <input type="checkbox"/> →	GEN_2 S / GEN_3 S
30cm – 34cm <input type="checkbox"/> →	GEN_2 M / GEN_3 M
35cm – 39cm	GEN_2 L / GEN_3 L
40cm – 44cm <input type="checkbox"/> →	GEN_2 XL / GEN_3 XL
<input type="checkbox"/> →	

#2 LONGITUD DEL ASIENTO: _____ (cm) →

¿En dónde mido?

- Longitud de la espalda al dorso de la rodilla

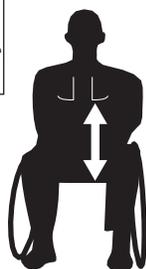


LONGITUD DEL ASIENTO (CM)	POSICIÓN
Menos de 41cm <input type="checkbox"/> →	LA MÁS CORTA
41cm – 49cm <input type="checkbox"/> →	INTERMEDIA
Más de 49cm <input type="checkbox"/> →	LA MÁS LARGA

#3 ALTURA DEL RESPALDO: _____ (cm)
Ate el respaldo comenzando por la parte inferior y hacia arriba:

¿En dónde mido?

- Longitud desde el asiento hasta el ancho de dos dedos por debajo de su escápula



POSICIÓN	ALTURA DE LA ESPALDA (CM)
Más de 52cm <input type="checkbox"/> →	La más alta: Todas las correas
48cm – 52cm <input type="checkbox"/> →	Alta-Intermedia: Mueva 1 correa hacia abajo
44cm – 48cm <input type="checkbox"/> →	Baja-Intermedia: Mueva 2 correas hacia abajo
Menos de 44cm <input type="checkbox"/> →	La más baja: Mueva 3 correas hacia abajo

Técnico:

NOMBRE IMPRESO

FIRMA

FECHA