

1. Datos de la persona

Nombre:		Apellido:		Peso:	
Sexo:	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Edad:	0-5 <input type="checkbox"/> 6-18 <input type="checkbox"/> 19-39 <input type="checkbox"/> 40-54 <input type="checkbox"/> 55+ <input type="checkbox"/>
Teléfono:				Dirección:	
Otro contacto:	Nombre completo:			Teléfono:	

2. Entrevista para la evaluación

Problemas de salud conocidos		
Lesión temporal: Fractura <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>  _____ Amputación pie/pierna <input type="checkbox"/> Fragilidad <input type="checkbox"/> Lesión medular <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>  _____		
Capacidad para caminar		
¿Puede caminar?	Sí <input type="checkbox"/> → Pasar a la siguiente pregunta No <input type="checkbox"/> → Proveer silla de ruedas	
¿Usa un producto de apoyo para caminar y tiene dificultades para recorrer distancias largas?	Sí <input type="checkbox"/> → Proveer silla de ruedas	
Tipo de uso que se dará a la silla de ruedas		
La imposibilidad de caminar o la dificultad para caminar es:	a corto plazo <input type="checkbox"/> → Silla de ruedas temporal a largo plazo <input type="checkbox"/> → Silla de ruedas a largo plazo	
Entorno		
Movilidad ¿Le gustaría usar la silla de ruedas?	Dentro de la casa <input type="checkbox"/>	→ Explique los obstáculos que podría encontrar y si los productos de apoyo podrían ayudar.
	En la comunidad <input type="checkbox"/>	→ Explique los obstáculos que podría encontrar y si una silla de ruedas adecuada para terrenos accidentados e irregulares podría ayudar.
Transferencias Al usar una silla de ruedas, se pasa desde/hacia:	Cama <input type="checkbox"/>	Si hace la transferencia: → Enséñele cómo hacerla y considere si otros productos de apoyo podrían ayudar. Si la persona o quien la cuida no se sienten seguros  Derive al servicio de rehabilitación.
	Inodoro / Ducha / Bañera <input type="checkbox"/>	
	Vehículo <input type="checkbox"/>	
Para las personas que ya tienen una silla de ruedas		
¿La silla de ruedas se adapta a usted y a sus necesidades?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso de que no sea así → Evalúe para determinar si requiere una silla de ruedas nueva.
¿Está bien ajustada la silla de ruedas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿La silla de ruedas funciona correctamente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso de que no sea así → Considere repuestos o reparaciones.

3. Control sencillo de la salud y de la capacidad de sentarse

Lesiones por presión	Sí		No	
¿Tiene alguna lesión por presión en el cuerpo (en la cadera, las nalgas o la espalda)?	<input type="checkbox"/>	 Recomiende evitar que haya presión sobre la lesión y derive para que se la atiendan.	<input type="checkbox"/>	Continúe
¿Tiene pérdida de sensibilidad (sensación) en las nalgas, los muslos o la espalda?	<input type="checkbox"/>	Si responde que sí a cualquiera de las preguntas → Provea un cojín de alivio de la presión.	<input type="checkbox"/>	Continúe
¿Le cuesta cambiar de postura para aliviar la presión en el trasero?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
¿Ha tenido alguna lesión por presión antes?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Pérdidas o escapes	Sí		No	
¿Tiene dificultades debido a pérdidas de orina o heces?	<input type="checkbox"/>	 Derive para que le hagan una evaluación de continencia. Considere la posibilidad de proveer un segundo cojín.	<input type="checkbox"/>	Continúe

Soporte para las piernas		Sí		No	
¿Necesita apoyo en las piernas para...	...reducir la hinchazón de una o las dos piernas (tras una lesión)?	<input type="checkbox"/>	Si responde que sí a cualquiera de las dos preguntas → Elevapierna		Continúe
	...limitar la flexión de la rodilla (tras una lesión)?	<input type="checkbox"/>			
	...mantener la parte posterior de la rodilla recta tras una amputación por debajo de la rodilla?	<input type="checkbox"/>	Soporte para muñón		

Seleccionar la silla de ruedas

Explique cuáles son las sillas de ruedas disponibles y mostrarlas. Compruebe el ancho del asiento para confirmar el tamaño.

Capacidad de la persona para sentarse derecha

¿La persona se sienta segura al permanecer sentada sin apoyo adicional?	Sí <input type="checkbox"/> → Provea la silla de ruedas.	No <input type="checkbox"/> → No provea la silla de ruedas.  Seguimiento prioritario (apoyo al sentarse).
---	--	--

4. Planificación

Provisión de silla de ruedas:	Temporal <input type="checkbox"/> A largo plazo <input type="checkbox"/> No se siente segura. <input type="checkbox"/>	Ancho del asiento:	Profundidad del asiento:	Posición de la rueda trasera: Segura <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/>	Altura del respaldo: Alto <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/>	Límite de peso:
Seleccione las características opcionales de la silla de ruedas:	Cojín de confort <input type="checkbox"/> Cojín de alivio de la presión Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Elevapierna: Izq. <input type="checkbox"/> Der. <input type="checkbox"/> Soporte para muñón: Izq. <input type="checkbox"/> Der. <input type="checkbox"/>					
Enseñar <i>Consulte el folleto para usuarios de sillas de ruedas en situaciones de emergencia.</i>	Manipulación de la sillas de ruedas <input type="checkbox"/> Cuidado de la piel <input type="checkbox"/> Propulsión <input type="checkbox"/> Transferencia <input type="checkbox"/> Cuidado y mantenimiento de la silla de ruedas <input type="checkbox"/>					
Entorno: <i>Si la persona tiene dificultades con el acceso o las transferencias.</i>	Ajuste de la altura de la cama/silla <input type="checkbox"/> Rampa portátil <input type="checkbox"/> Tabla de transferencia <input type="checkbox"/> Silla de inodoro/ducha <input type="checkbox"/> Barra de apoyo <input type="checkbox"/> Otro  _____					
Derivación:	Cuidado de lesiones <input type="checkbox"/> Evaluación de la continencia <input type="checkbox"/> Servicio de rehabilitación <input type="checkbox"/> Otros productos de apoyo <input type="checkbox"/> 					
Seguimiento:	Seguimiento prioritario <input type="checkbox"/> Derivar a:  _____ Cambio de dirección previsto:  _____					Fecha del seguimiento: 