



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA

FONDO DE SOLIDARIDAD
PENSIONAL

Nombres y Apellidos: _____

Cédula: _____ de _____ Afiliado a una EPS: Sí: _____ No: _____

Tipo Ayuda	Nombre Ayuda	Código Ayuda	Especificaciones de la ayuda técnica				¿Qué Ayuda? (Marque con X)	
Movilidad	Muletas	111	Muletas - Estandar - Graduables (Tallas L, M, XL)					
		112	Muletas - Talla S					
	Bastón de Movilidad	121	Tipo Canadiense - Graduable					
		122	Tipo Trípode - Graduable					
	Bastón de Orientación	131	Bastón de Orientación - Estándar					
	Caminador	141	Sin ruedas					
		142	Con ruedas					
	Sillas para Baño	151	Sillas para Baño - Acero					
		152	Sillas para Baño - Aluminio					
	Sillas de Ruedas			Material	Dimensiones Asiento		Dimensiones Espaldar	
					Ancho	Profundidad	Ancho	Altura
		161	Silla de Ruedas Aluminio	40 Cms	40 Cms	40 Cms	40 Cms	
		162	Silla de Ruedas Aluminio	45 Cms	45 Cms	45 Cms	45 Cms	
		163	Silla de Ruedas Aluminio	50 Cms	50 Cms	50 Cms	50 Cms	
		164	Silla de Ruedas Cold Rolled	40 Cms	40 Cms	40 Cms	40 Cms	
		165	Silla de Ruedas Cold Rolled	45 Cms	45 Cms	45 Cms	45 Cms	
166		Silla de Ruedas Cold Rolled	50 Cms	50 Cms	50 Cms	50 Cms		
167	Silla de Ruedas - Prescripción médica: Silla de ruedas plegable con sistema de control postural y sistema de vasculamiento 1) Silla de marco plegable 2) Pieceros y braseros removibles 3) Llantas para transporte asistido 4) Apoya pies regulables en altura e individuales 5) Pintura Electrotática 6) Terminaciones de silla y espaldar en tela nike 7) Ejes montados sobre rodamientos 8) Agarraderas para desplazamiento asistido 9) Rines termoplásticos en estrella, 10) Cinturones pélvicos y correas tipo pechera 11) Sistema de vasculamiento de 0° hasta 60° 12) Espaldar reclinable de 90° a 135° 13) Ruedas posteriores antivuelo 14) Apoya cabeza regulable en altura y ajustable en tamaño. Silla apta para pacientes con patologías de parálisis cerebral, neuropatías, cuadriplejias y columna no deformante de fácil adaptación entre otras.							
Cojín Antiescaras	171	Cojín antiescaras - Flotación X Aire - 40 X 40 Cms						
	172	Cojín antiescaras - Flotación X Aire - 45 X 45 Cms						
	173	Cojín antiescaras - Flotación X Aire - 50 X 50 Cms						
	174	Cojín antiescaras - Visco elásticos - 40 X 40 Cms						
	175	Cojín antiescaras - Visco elásticos - 45 X 45 Cms						
	176	Cojín antiescaras - Visco elásticos - 50 X 50 Cms						
Mobiliario y Adaptaciones	Barras para Baño o Pasamanos	221	Barras para baño o Pasamanos - En aluminio					
		222	Barras para baño o Pasamanos - En acero					
	Colchón Antiescaras	231	Colchoneta antiescara - 90 X 190 X 15					
Comunicación	Lentes Intraoculares	311	Lentes facoemulsificación - Incluye: Procedimiento quirúrgico facoemulsificación					
		312	Lentes extracapsular - Incluye: Procedimiento quirúrgico extracapsular					
	Audífonos	331	Audífonos					
Medicamentos	Medicamentos no POS	411						
Prótesis Dentales	Prótesis Dentales	511	Prótesis Dentales Totales mucosoportadas					
		512	Prótesis Dentales Parciales mucosoportadas superior					
		513	Prótesis Dentales Parciales mucosoportadas inferior					
	Otras Ayudas	514						

Nombre del Profesional: _____

Registro Médico: _____

Fecha de diligenciamiento:

Firma Médico: _____

Continuación Resolución "por la cual se adopta el formato de certificación de calificación de invalidez previsto en el Decreto 4942 de 2009

ANEXO I
CERTIFICACION DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ
(Decreto 1355 de 2008 y 4942 de 2009)

El suscrito profesional _____

EPS _____
Entidad de la Red Pública Servicios de Salud _____

CERTIFICA

I. INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de expedición	
Ciudad de expedición	
Departamento de expedición	
Nombre de la entidad	
No. del Nit de la entidad	

II. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos			
Nombres			
Documentos de Identidad	CC	No.	
Fecha de Nacimiento		Edad	
Genero	Masculino	Femenino	

III. DIAGNOSTICO

IV. CALIFICACIÓN

PORCENTAJE DE CALIFICACIÓN	
----------------------------	--

(Decreto 917 de 1999).

V. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICA

Apellidos	
Nombres	
No. de Tarjeta Profesional	
Firma del profesional	

Valido únicamente para inscripción y tramite de los beneficios establecidos por el decreto 1355 de abril 25 de 2008.

Recibí:

Nombre: _____

CC. No. _____

Huella

