

**FORMATO DE REGISTRO PARA BENEFICIARIOS(AS) DEL
PROYECTO DE PRÓTESIS**

DATOS DEL SOLICITANTE	
NOMBRE COMPLETO:	_____
EDAD:	_____
GÉNERO:	_____
CAUSA DE LESIÓN (describa el motivo por el cual no cuenta con la extremidad):	_____
EN CASO DE RESPONDER QUE LA CAUSA SEA HEREDITARIA, ES POR DESCENDENCIA DE: PADRE () MADRE ()	_____
MANO PARA REALIZAR PRÓTESIS: DERECHA () IZQUIERDA () AMBAS ()	_____
CUENTA CON SERVICIO MÉDICO SI () NO () En caso de SI mencione cual: _____	_____
HA USADO ANTERIORMENTE PRÓTESIS SI () NO () En caso de SI por qué dejó de usarla: _____ _____	_____
En caso de NO por qué no ha adquirido una: _____ _____	_____
DATOS DEL RESPONSABLE DEL SOLICITANTE	
NOMBRE COMPLETO:	_____
EDAD:	_____
DIRECCIÓN:	_____
NÚMERO TELEFÓNICO:	_____
NÚMERO CELULAR:	_____
CORREO ELECTRÓNICO:	_____
CÓMO SE ENTERÓ DE LA CONVOCATORIA	

Llenar por personal de Fundación o Centro de Investigación de IDR

Nombre de quién elaboró el cuestionario: _____

Fecha: _____ Firma: _____