



**Gerencia del  
Área de Salud  
de Plasencia**

# **Servicio de Préstamo de Material Ortoprotésico**

---

**Área de Salud de Plasencia**

**Actualización: Abril 2013**

*“ A veces sentimos que lo que hacemos es tan solo una gota en el mar,  
pero el mar sería menos si le faltara una gota”*

Teresa de Calcuta

## **ÍNDICE**

1.- Introducción.

2.- Justificación.

3.- Conceptos.

4.- Objetivos.

5.- Población diana.

6.- Metodología.

7.- Actividades.

8.- Recursos humanos.

9.- Recursos materiales.

10.- Evaluación.

Anexo I: Solicitud de préstamo de material.

Anexo II: Registro del Servicio de Préstamo.

Anexo III: Anexo de comunicación de existencias.

Anexo IV: Registro de la demanda no atendida.

Anexo V: Escala de Barthel.

Anexo VI : Escala de Norton.

Anexo VII: Escala de Valoración Social.

Anexo VIII: Ubicación del material en las zonas de salud.

Anexo IX: Justificante de devolución de material.

Anexo X: Justificante de donación de material.

Algoritmo de actuación.

## **1. INTRODUCCIÓN**

El presente documento recoge la organización y funcionamiento del Servicio de Préstamo de Material Ortoprotésico (ayudas técnicas recuperables) del Área de Salud de Plasencia.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

La población mayor de 65 años se ha duplicado en los últimos 30 años. Además habría que aludir al fenómeno demográfico que se ha dado en llamar el "envejecimiento del envejecimiento", es decir el incremento del colectivo de población que supera los 80 años, el cual se ha visto duplicado en solo 20 años.

Es sabida la correlación entre la edad y la situación de discapacidad. Por lo que podemos afirmar que se ha incrementado de manera importante el grupo de población más vulnerable a presentar discapacidad y dependencia. Sin olvidar además, a otras personas que sin pertenecer al colectivo de personas mayores, presentan también problemas de dependencia, teniendo en cuenta los cambios producidos en las tasas de supervivencia de determinadas enfermedades crónicas, así como las consecuencias derivadas de la siniestralidad vial y laboral.

Esta situación justifica la necesidad, cada vez mayor, de ayudas técnicas que faciliten la autonomía de dichas personas o palien su situación.

Algunas de estas ayudas son financiadas por el Sistema Público de Salud. Se incluyen en el Catálogo de Material Ortoprotésico del Servicio Extremeño de Salud (SES), pudiendo solicitar el usuario el reintegro del gasto con posterioridad a la compra del mismo, si bien, la situación socio-económica de muchas personas impide el acceso al material al no poder anticipar el importe del mismo. El Servicio de Préstamo de ayudas técnicas facilita el acceso a dicho material a las personas que no disponen de recursos económicos suficientes para adquirirlo, aún cuando posteriormente el Servicio Extremeño de Salud se lo reintegre.

En ocasiones la necesidad de ayuda técnica es temporal, por lo que no parece pertinente que, aún siendo un material financiado por el Servicio Extremeño de Salud, se proceda a la compra del mismo con el consiguiente esfuerzo económico, tanto para el usuario que tiene que disponer del importe de dicho material para acceder al mismo, como para el Sistema Público de Salud que lo financia después.

El Servicio de Préstamo contribuye pues, a la reducción del gasto de la Administración Sanitaria de este grupo de prestaciones, lo que repercute de manera favorable en el gasto público.

Contar con Trabajadoras Sociales en la mayoría de los Equipos de Atención Primaria del Área, favorece el desarrollo de este proyecto, teniendo en cuenta el papel que dichas profesionales desempeñan como informadoras, asesoras, dinamizadoras, así como facilitadoras de los recursos socio-sanitarios que contribuyen a eliminar, disminuir o compensar las necesidades de la población con problemas de salud.

### **3.- CONCEPTOS**

Las ayudas técnicas, son todos los elementos, facilitados por el S.E.S. como prestación ortoprotésica, de diferente grado de complejidad utilizable por o para personas con diferentes niveles de dependencia, de forma que les sirvan para obtener un mayor grado de autonomía y les proporcionen mejor calidad de vida. Se entiende por ayuda técnica todo producto, instrumento, equipamiento o sistema técnico utilizado por una persona con discapacidad destinado a prevenir, compensar, aliviar o eliminar la deficiencia o discapacidad.

Las ayudas técnicas recuperables son artículos que no precisan adaptación individual y que, destinadas a procesos de corta duración, pueden y deben recuperarse para utilizarlas de nuevo en beneficio y provecho de otros. Pueden ser utilizadas sucesivamente por varios beneficiarios y ser trasladadas de lugar sin mayores costes que el transporte.

### **4.- OBJETIVOS**

#### **4.1. Objetivo general:**

- Ofrecer un Servicio de Préstamo de ayudas técnicas recuperables gestionado por cada Zona de Salud del Área de Plasencia, coordinado por la Gerencia.

#### **4.2. Objetivos específicos:**

- Proporcionar ayudas técnicas en régimen de préstamo para prevenir el deterioro, mantener la autonomía personal y mejorar la calidad de vida de las personas dependientes, así como facilitar al cuidador las tareas de atención.
- Agilizar el acceso a dicho material a través de una cesión temporal y gratuita del mismo a aquellos usuarios a los que se les haya prescrito y demanden una ayuda técnica recuperable.
- Contribuir a que las personas con discapacidad puedan permanecer en su domicilio el máximo tiempo posible y en unas condiciones dignas.
- Sensibilizar a la población y a los profesionales socio-sanitarios de la importancia de compartir este material promoviendo los valores de solidaridad y corresponsabilidad del gasto público.
- Captar y canalizar donaciones de personas que tienen en sus domicilios algún material que no utilizan.

## **5. POBLACIÓN DIANA**

El Servicio va dirigido a toda la población adscrita al Área de Salud de Plasencia que precise con carácter temporal una ayuda técnica recuperable. Por zonas se establecen los siguientes Servicios:

- Zona de Salud de Plasencia I.
- Zona de Salud de Plasencia II.
- Zona de Salud de Plasencia III.
- Zona de Salud de Serradilla.
- Zona de Salud de Montehermoso.
- Zona de Salud de Casas del Castañar.
- Zona de Salud de Cabezuela del Valle.
- Zona de Salud de Aldeanueva del Camino y Hervás.
- Zona de Salud de Nuñomoral.
- Zona de Salud de Pinofranqueado.
- Zona de Salud de Mohedas de Granadilla.
- Zona de Salud de Ahigal.
- Zona de Salud de Jaraíz de la Vera.

## **6. METODOLOGÍA**

- La Trabajadora Social del Equipo de Atención Primaria (E.A.P.) gestiona el Servicio en coordinación con el resto de profesionales del Equipo y la Gerencia del Área. En aquellos Equipos que no cuentan con Trabajador Social, el Servicio lo gestionará la/el enfermera/o responsable de la coordinación sociosanitaria, u otra persona que acuerde el Equipo de Atención Primaria.

Cada Equipo debe organizarse para que, en caso de ausencia del/la Trabajador/a Social de la Zona Básica, se continúe prestando el Servicio.

- En cada Zona de Salud se lleva un registro actualizado de entradas y salidas del material (Anexo II).
- Los Equipos de Atención Primaria, enviarán a la Gerencia del Área el registro de las existencias del Servicio (Anexo III) al final de cada trimestre (marzo, junio, septiembre y diciembre). En la Gerencia se registrarán trimestralmente las existencias del Servicio de Préstamo de todo el Área.

## **7. ACTIVIDADES**

El préstamo del material se realiza tras la valoración clínica y social que indique la pertinencia de la cesión de dicho material. Se requiere informe de salud (médico y/o de enfermería) así como la valoración social a fin de garantizar que las circunstancias sociales facilitan y aconsejan la utilización del mismo.

Valorada la adjudicación del material, el solicitante cumplimenta la solicitud del préstamo (Anexo I) que entrega a la Trabajadora Social, quien gestiona la entrega del mismo y procede al correspondiente registro.

El solicitante se responsabiliza de la recogida y devolución del material en la misma ubicación y en las debidas condiciones de conservación y limpieza.

En el registro del Servicio (Anexo II) se hará constar la fecha aproximada de devolución en función de la evolución presumible del proceso de salud del beneficiario. En los casos en que no se pueda determinar temporalidad alguna, cada 6 meses se realizará un seguimiento por parte de la Trabajadora Social para corroborar la utilización del mismo o si por el contrario, procede su devolución.

Si no se dispone del material solicitado, se incluye al usuario en un listado hasta que se pueda resolver su demanda (Anexo IV).

En caso de tener que priorizar el acceso al material entre varios solicitantes, se adjudicará en función de los siguientes criterios:

-Menor puntuación en la escala de Barthel (áreas que guarden mayor relación con el recurso a adjudicar: deambulación y transferencia) –Anexo V-.

-Menor puntuación en la escala de Norton (material para prevención de úlceras por presión) –Anexo VI-.

-Mayor puntuación en la escala de Valoración Social (Anexo VII).

Excepcionalmente, la Trabajadora Social de una Zona de Salud podrá coordinar con la Trabajadora Social de otra Zona la cesión de material disponible.

## **8. RECURSOS HUMANOS**

- La Trabajadora Social de cada Zona de Salud, que es quien coordina el Servicio de Préstamo.
- El resto de los profesionales del Equipo de Atención Primaria que intervienen en la captación, valoración de la necesidad del material, así como en la recepción y entrega del mismo.
- La Gerencia del Área, responsable de facilitar y coordinar el Servicio en todo el Área.
- La población donante de material.

## **9. RECURSOS MATERIALES**

- Local para el almacenamiento del material: Cada Centro de Salud tiene una ubicación para el almacenamiento del material. Los Centros de Salud que no disponen de infraestructura adecuada, han establecido su ubicación en dependencias ajenas al mismo, en coordinación con otras instituciones de la zona (Anexo VIII).
- El material incluido en cada servicio proviene de:
  - La compra de material por parte de la Gerencia del Área.
  - La cesión del Hospital de referencia.
  - Las donaciones de particulares o entidades.
- Registro del Servicio de Préstamo (Anexo II)
- Anexo de comunicación de existencias (Anexo III).
- Escala de Valoración Social (Anexo VII).
- Solicitud de Préstamo a cumplimentar por el usuario (Anexo I).
- Registro de la demanda no atendida (Anexo IV).
- Aplicación informática.



## **10. EVALUACIÓN**

Indicadores de Evaluación :

### 1. PROCESO :

- Tiempo transcurrido entre la solicitud y la entrega del material.
- Número de usuarios beneficiarios del Servicio.
- Número de usuarios incluidos en registro de espera.

### 2. RESULTADO:

$$\frac{\text{Nº usuarios atendidos a la demanda solicitada}}{\text{Nº usuarios que demandan material}} \times 100$$

# **ANEXOS**

## **ANEXO I**

### **SOLICITUD DE PRÉSTAMO DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO DEL ÁREA DE SALUD DE PLASENCIA**

**FECHA DE SOLICITUD:** \_\_\_\_\_

**DATOS DEL SOLICITANTE:**

Apellidos y Nombre	
D.N.I.	
Teléfono	
Parentesco con el/la beneficiario/a	

**DATOS DEL BENEFICIARIO:**

Apellidos y Nombre	
Nº Seguridad Social/CIP	
Fecha de nacimiento	
DNI	
Dirección	
Población	
Teléfono	

Desde el Servicio de Préstamo de Material Ortoprotésico del E.A.P. \_\_\_\_\_,  
se hace entrega de \_\_\_\_\_  
por un periodo aproximado de \_\_\_\_\_, comprometiéndose a su devolución y  
asumiendo la responsabilidad en la que pudiera incurrir en caso de no hacerlo.

Con la aceptación del préstamo, el solicitante se compromete a:

- **Asumir el transporte del material tanto en la recepción como en la devolución del mismo.**
- **Devolverlo cuando no lo necesite o le sea requerido.**
- **Cuidarlo y entregarlo en las debidas condiciones de conservación y limpieza.**

El/la solicitante o beneficiario/a

El/la Trabajador/a Social

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo: \_\_\_\_\_

## **ANEXO II.1**

# **PRÉSTAMO DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO**

## **CAMAS ARTICULADAS**

**E.A.P.** \_\_\_\_\_

**AÑO:** \_\_\_\_\_

**Cantidad de material inicial:**

<b>Material disponible</b>	<b>Nombre y apellidos</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Fecha solicitud</b>	<b>Fecha préstamo</b>	<b>Tiempo estimado del préstamo</b>	<b>Fecha de renovación</b>	<b>Fecha de devolución</b>	<b>U.B.A.</b>

**ANEXO II. 2**

**PRÉSTAMO DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO**

**SOBRECOLCHONES**

**E.A.P.** \_\_\_\_\_

**AÑO:** \_\_\_\_\_

**Cantidad de material inicial:**

Material disponible	Nombre y apellidos	Teléfono	Fecha solicitud	Fecha préstamo	Tiempo estimado del préstamo	Fecha de renovación	Fecha de devolución	U.B.A.

**ANEXO II. 3**

**PRÉSTAMO DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO**

**SILLAS DE RUEDAS**

E.A.P. \_\_\_\_\_

AÑO: \_\_\_\_\_

Cantidad de material inicial:

Material disponible	Nombre y apellidos	Teléfono	Fecha solicitud	Fecha préstamo	Tiempo estimado del préstamo	Fecha de renovación	Fecha de devolución	U.B.A.



**ANEXO II. 4**

**PRÉSTAMO DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO**

**ANDADORES**

**E.A.P.** \_\_\_\_\_

**AÑO:** \_\_\_\_\_

**Cantidad de material inicial:**

<b>Material disponible</b>	<b>Nombre y apellidos</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Fecha solicitud</b>	<b>Fecha préstamo</b>	<b>Tiempo estimado del préstamo</b>	<b>Fecha de renovación</b>	<b>Fecha de devolución</b>	<b>U.B.A.</b>



**ANEXO II. 5**  
**PRÉSTAMO DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO**  
**COJINES ANTIESCARAS**

**E.A.P.** \_\_\_\_\_

**AÑO:** \_\_\_\_\_

**Cantidad de material inicial:**

<b>Material disponible</b>	<b>Nombre y apellidos</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Fecha solicitud</b>	<b>Fecha préstamo</b>	<b>Tiempo estimado del préstamo</b>	<b>Fecha de renovación</b>	<b>Fecha de devolución</b>	<b>U.B.A.</b>





**ANEXO II. 6**

**PRÉSTAMO DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO**

**COLCHONES**

**E.A.P.** \_\_\_\_\_

**AÑO:** \_\_\_\_\_

**Cantidad de material inicial:**

<b>Material disponible</b>	<b>Nombre y apellidos</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Fecha solicitud</b>	<b>Fecha préstamo</b>	<b>Tiempo estimado del préstamo</b>	<b>Fecha de renovación</b>	<b>Fecha de devolución</b>	<b>U.B.A.</b>

**ANEXO II. 7**

**PRÉSTAMO DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO**

**MULETAS**

E.A.P. \_\_\_\_\_

AÑO: \_\_\_\_\_

Cantidad de material inicial:

Material disponible	Nombre y apellidos	Teléfono	Fecha solicitud	Fecha préstamo	Tiempo estimado del préstamo	Fecha de renovación	Fecha de devolución	U.B.A.

**ANEXO II. 8**

**PRÉSTAMO DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO**

**OTROS**

**E.A.P.** \_\_\_\_\_

**AÑO:** \_\_\_\_\_

**Cantidad de material inicial:**

Material disponible	Nombre y apellidos	Teléfono	Fecha solicitud	Fecha préstamo	Tiempo estimado del préstamo	Fecha de renovación	Fecha de devolución	U.B.A.

**OBSERVACIONES:**

**ANEXO III**

**COMUNICACIÓN DE EXISTENCIAS**

Registro del material incluido en el SERVICIO DE PRÉSTAMO DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO del Equipo de Atención Primaria \_\_\_\_\_

Fecha:

<b>MATERIAL</b>	<b>EXISTENCIAS</b>	<b>PRESTADO</b>	<b>DISPONIBLE</b>
<b>Camas articuladas</b>			
<b>Sobrecolchones de aire alternante</b>			
<b>Sillas de ruedas</b>			
<b>Andadores</b>			
<b>Cojines antiescaras</b>			
<b>Colchones</b>			
<b>Muletas</b>			
<b>Otros</b>			

El/la Trabajador/a Social de cada Zona de Salud enviará trimestralmente este registro a la Gerencia del Área de Salud.

**ANEXO IV**

**REGISTRO DE LA DEMANDA NO ATENDIDA**

<b>Nombre y Apellidos</b>	<b>U.B.A.</b>	<b>Fecha de la solicitud</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Población</b>	<b>Material solicitado</b>	<b>Causa</b>

## **ANEXO V**

### **ESCALA DE BARTHEL**

**Nombre del beneficiario/a:**

**Profesional:**

**Fecha:**

#### **COMER**

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de comer por si solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.  
5 NECESITA AYUDA. Para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo.  
0 DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona.

#### **VESTIRSE**

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda.  
5 NECESITA AYUDA. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.  
0 DEPENDIENTE.

#### **ARREGLARSE**

- 5 INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.  
0 DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda.

#### **DEPOSICIÓN**

- 10 CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia.  
5 ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios.  
0 INCONTINENTE.

#### **MICCIÓN** (Valorar la situación en la semana anterior)

- 10 CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por si solo.  
5 ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos.  
0 INCONTINENTE.

#### **IR AL RETRETE**

- 10 INDEPENDIENTE. Entra y sale solo y no necesita ayuda de otras persona.  
5 NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse sólo.  
0 DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor.

#### **TRASLADO SILLON - CAMA** (Transferencias)

- 15 INDEPENDIENTE. No precisa ayuda.  
10 MINIMA AYUDA. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.  
5 GRAN AYUDA. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.  
0 DEPENDIENTE. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

#### **DEAMBULACION**

- 15 INDEPENDIENTE. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales, (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela sólo.  
10 NECESITA AYUDA. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.  
5 INDEPENDIENTE. (En silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.  
0 DEPENDIENTE.

#### **SUBIR Y BAJAR ESCALERAS**

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.  
5 NECESITA AYUDA.  
0 DEPENDIENTE. Incapaz de salvar escalones.

**Severa: < 45**

**Grave: 45 – 59**

**Moderada: 60 – 80**

**Ligera: > 80**

## **ANEXO VI**

### **ESCALA DE NORTON**

**Nombre del beneficiario/a:**

**Profesional:**

**Fecha:**

#### **Índice de Norton de riesgo de Úlceras por Presión**

<b>Estado General</b>	<b>Estado Mental</b>	<b>Actividad</b>	<b>Movilidad</b>	<b>Incontinencia</b>
4. Bueno	4. Alerta	4. Caminando	4. Total	4. Ninguna
3. Débil	3. Apático	3. Con ayuda	3. Disminuida	3. Ocasional
2. Malo	2. Confuso	2. Sentado	2. Muy limitada	2. Urinaria
1. Muy malo	1. Estuporoso	1. En cama	1. Inmóvil	1. Doble Incontinencia

La puntuación máxima de la escala de Norton es de **20**, quedando establecido el riesgo de padecer una úlcera cuando la puntuación total es de **14** o inferior.

Puntuación de **5 a 9** – riesgo **muy alto**

Puntuación de **10 a 12** – riesgo **alto**

Puntuación de **13 a 14** – riesgo **medio** Puntuación **mayor de 14** – riesgo **mínimo / no riesgo**



## **ANEXO VII**

# **VALORACIÓN SOCIAL**

**Nombre del beneficiario/a:**

**Fecha:**

### **SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR**

- El apoyo familiar y/o formal del que dispone no garantiza la utilización del material .....0
- El apoyo familiar y/o formal del que dispone garantiza la utilización del material .....1
- La ayuda técnica contribuye a paliar las carencias en la prestación de cuidados .....1
- Dadas las carencias en la prestación de cuidados se prevé que el material no va a reportar el beneficio deseado ..... 0
- Existen dificultades en la dinámica intrafamiliar que agudizan la problemática de la persona dependiente .....1

### **SITUACIÓN DEL CUIDADOR/A**

- El cuidado de la persona dependiente recae sobre 1 persona (cuidador único) .....1
- La atención de la persona dependiente se realiza por varios cuidadores .....0
- El cuidador/a tiene problemas de salud que dificultan el rol de cuidador/a.....1
- Edad avanzada del cuidador/a (+ 70 años) .....1

### **SITUACIÓN VIVIENDA**

- Las condiciones de accesibilidad de la vivienda garantizan la utilización del material .....1
- Existen problemas de accesibilidad incompatibles con la utilización del material .....0
- La condiciones de la vivienda se adecuan a la utilización del material .....1
- Las condiciones de la vivienda no se adecuan a la utilización del material .....0

### **SITUACIÓN ECONÓMICA**

- Sin ingresos económicos .....4
- Renta per cápita inferior al 0,5 del S.M.I. ....3
- Renta per cápita entre 0,5 y 1 vez el S.M.I. ....2
- Renta per cápita entre el S.M.I. y 1,5 veces el S.M.I. ....1
- Renta per cápita superior a 1,5 veces el S.M.I. ....0

### **TEMPORALIDAD**

- Temporalidad previsible inferior a 3 meses.....2
- Temporalidad previsible entre 3 y 6 meses .....1
- Temporalidad previsible superior a 6 meses .....0

PUNTUACIÓN TOTAL :

Fdo.: Trabajador/a Social.

## **ANEXO VIII**

### **UBICACIÓN DEL MATERIAL EN LAS ZONAS DE SALUD**

<b>ZONA BÁSICA</b>	<b>UBICACIÓN</b>
PLASENCIA I	-Centro de Salud -Almacén del C.E. Luis de Toro -Local cedido por el Ayuntamiento de Gargüera
PLASENCIA II	-Centro de Salud -Almacén del C. E. Luis de Toro -Local cedido por el Ayuntamiento de Malpartida de Plasencia -Consultorio de Carcaboso
PLASENCIA III	-Centro de Salud -Almacén C. E. Luis de Toro -Almacén de la Gerencia del Área. -Local cedido por el Ayuntamiento de Villar de Plasencia
MONTEHERMOSO	-Centro de Salud -Local cedido por el Ayuntamiento
SERRADILLA	-Centro de Salud -Local cedido por el Ayuntamiento
CASAS DEL CASTAÑAR y CABEZUELA DEL VALLE	-Centro de Salud Casas del Castañar -Centro de Salud Cabezuela del Valle
E.A.P HERVÁS y E.A.P. ALDEANUEVA DEL CAMINO	-Centro de Salud Hervás -Centro de Salud Aldeanueva del Camino -Local polivalente cedido por el Ayuntamiento de Hervás
NUÑOMORAL	-Centro de Salud -Local cedido por el Ayuntamiento
PINOFRANQUEADO	-Centro de Salud -Local cedido por el Ayuntamiento
MOHEDAS DE GRANADILLA	-Unidad de fisioterapia (ubicada fuera del Centro de Salud)
AHIGAL	-Centro de Salud
JARAÍZ DE LA VERA	-Centro de Salud

## **ANEXO IX**

# **JUSTIFICANTE DE DEVOLUCIÓN DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO**

**FECHA DE DEVOLUCIÓN:**

**DATOS DEL BENEFICIARIO/A:**

Nombre y Apellidos	
--------------------	--

**DATOS DE LA PERSONA QUE ENTREGA EL MATERIAL:**

Nombre y Apellidos	
Relación con el beneficiario/a.	
Teléfono	

D./Dña \_\_\_\_\_

hace entrega de \_\_\_\_\_

material que fue prestado por el Servicio de Préstamo del E.A.P. \_\_\_\_\_

comprometiéndose a entregar a el/la Trabajador/a Social de dicho Equipo de Atención Primaria una copia de este justificante de entrega.

El profesional que recoge el material

Fdo. \_\_\_\_\_

## **ANEXO X**

# **JUSTIFICANTE DE DONACIÓN DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO**

Don/Dña \_\_\_\_\_ en el día de la fecha realiza la **donación**  
de \_\_\_\_\_ al Servicio de Préstamo de Material  
Ortoprotésico del Centro de Salud \_\_\_\_\_

(Servicio Extremeño de Salud) para que puedan beneficiarse otras personas de dicho material.

La donación se realiza con carácter altruista por lo que no conlleva compensación ni  
contraprestación alguna.

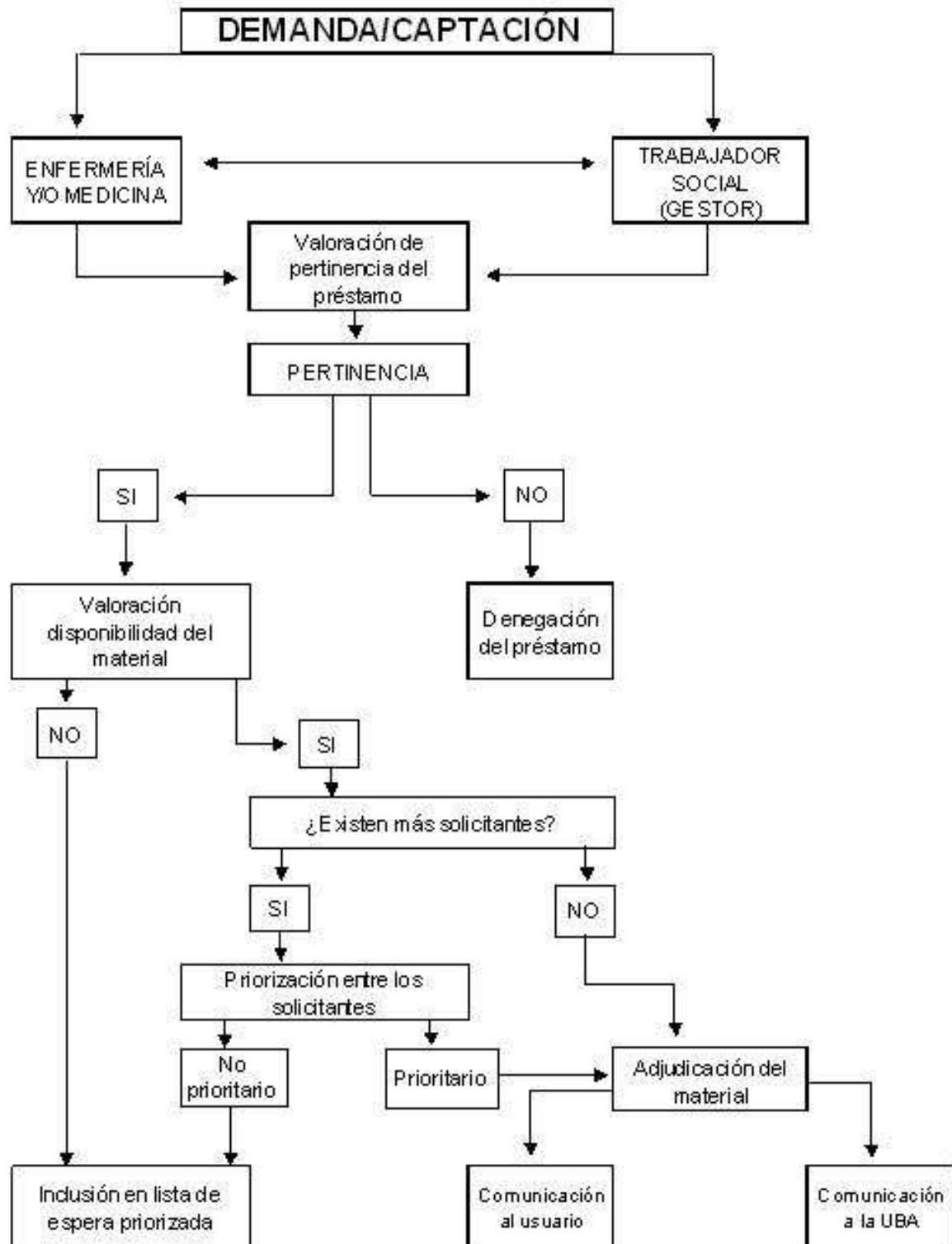
En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201

Recibí

TRABAJADOR/A SOCIAL

Centro de Salud \_\_\_\_\_(S.E.S.)

## ALGORITMO DE ACTUACIÓN



**AUTORAS:**

Ana ARROJO MARTÍN.  
Carmen CEPEDA SIMÓN.  
M<sup>a</sup> Mar DOMÍNGUEZ VAQUERO.  
Puerto GARCÍA MENDEZ.  
Encarnación HURTADO MARCOS.  
Ana I. PALOMO BÉJAR.  
Lidia PERAL BAENA.  
Olga RUBIO COLLADO.

**REVISIÓN: Abril 2013:**

Trabajadoras Sociales del Área de Salud de Plasencia con la colaboración de José Ramón ÁLVAREZ GARCÍA-VERDUGO y Carlos DOMÍNGUEZ SANTAMARÍA. María Jesús MUÑOZ ALONSO. Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria del Área de Salud de Plasencia.