

FICHA de MEDIDAS FEMORALES

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

APELLIDOS DEL PACIENTE: _____

EMPRESA: _____

TÉCNICO: _____

FECHA DE ENTREGA DESEADA: _____

SELLO DE EMPRESA:



LADO:

DERECHO

IZQUIERDO

- CATCAM
- QUADRI
- QUADRI GERIAT
- QUADRI 2

