

FICHA de MEDIDAS MIEMBRO INFERIOR

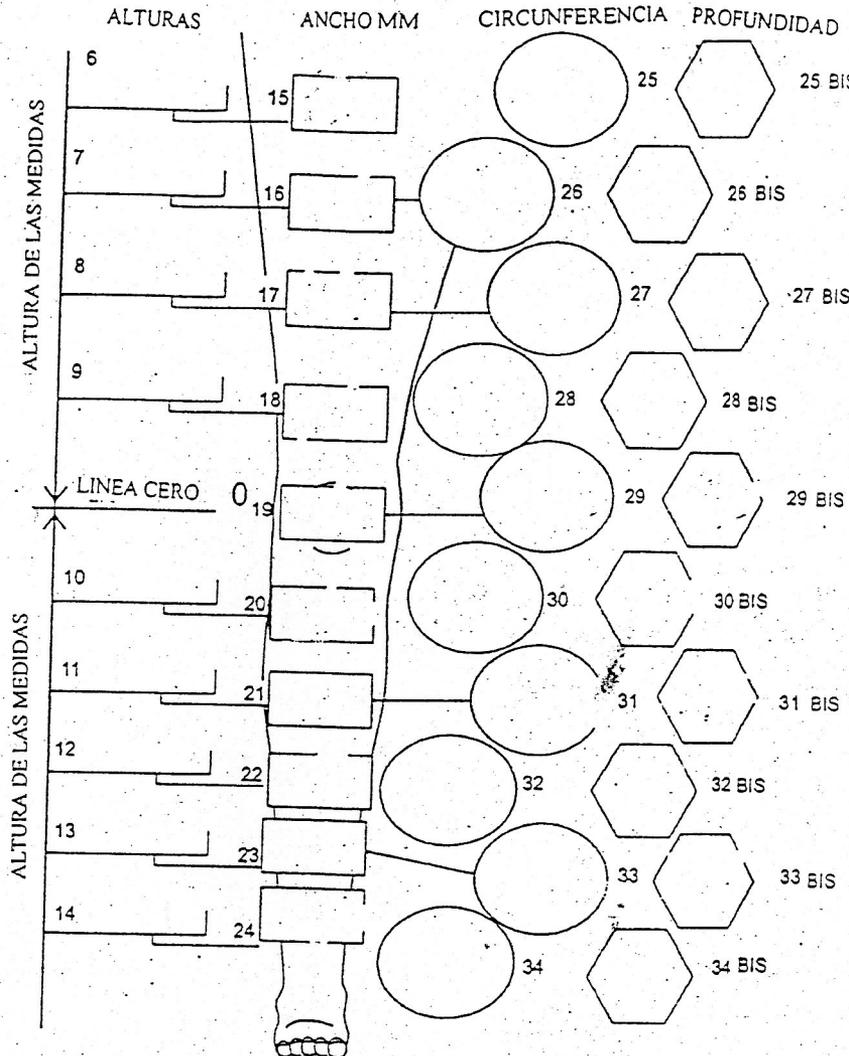
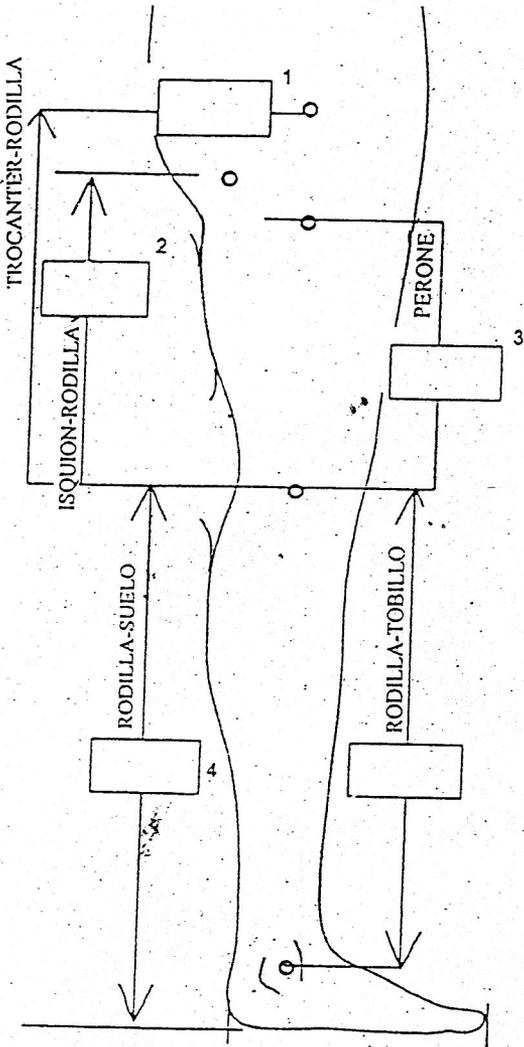
APELLIDO DEL PACIENTE: _____

SELLO DE LA EMPRESA: _____

EMPRESA: _____

TÉCNICO: _____

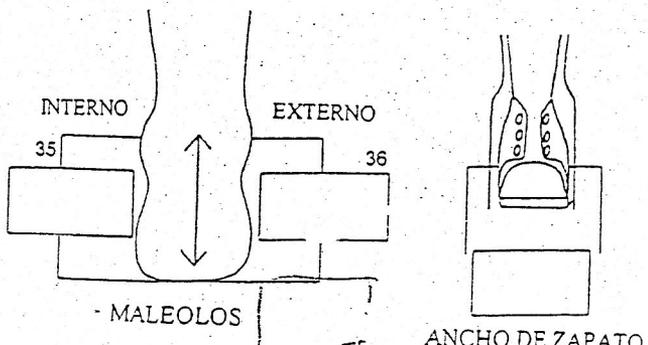
VUELTA DESEADA EL: _____



TIPO DE APARATO

OI CON PIE COMPLETO
 OI CON TALÓN
 OI ABIERTO CON BORDES DERECHOS Y PIE COMPLETO
 OI ABIERTO CON BORDES DERECHOS Y TALONERA
 OI ABIERTO CON BORDES DERECHOS Y PROTUBERANCIA

59 36 39 29



VALGO VARO
 37 38
 GRADOS

IZQUIERDO DERECHO
 39 40

FLEXIÓN RECURVATUM

