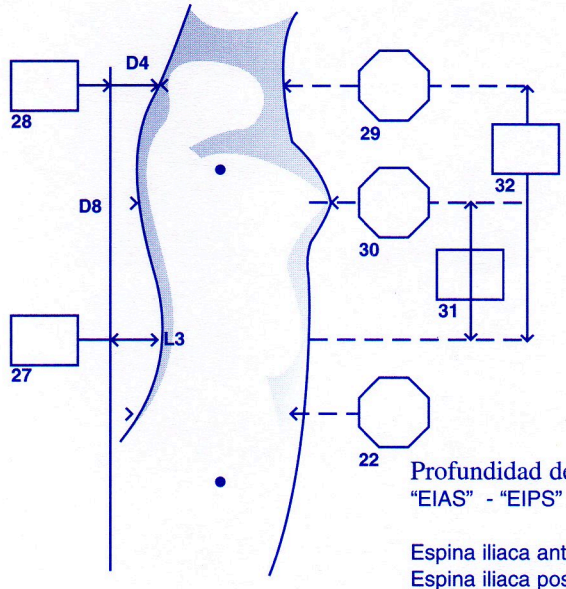
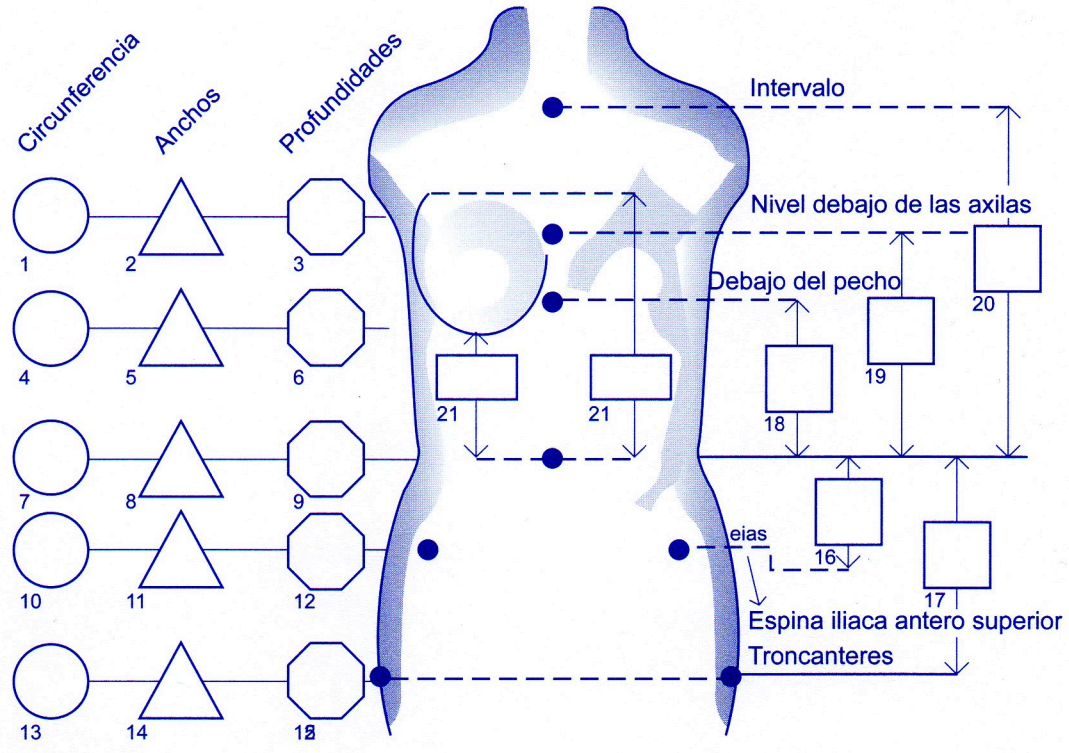


Empresa o centro: \_\_\_\_\_  
 Técnico: \_\_\_\_\_  
 Apellidos del paciente: \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de vuelta deseada: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



SELLO DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_

FOTO NUMERICA ADJUNTA:  SI  NO



LUMBOSACRO	DORSOLUMBAR	MALAGA	CHENAU	MILWAUKEE	BOSTON	SWAN
4 a 22	1 a 22	1 a 22	1 a 22	4 a 22	1 a 22	1 a 22
CAMPOS OBLIGATORIOS (MEDIDAS)						
RADIOGRAFIA						
	RX	RX	RX		RX	RX
FOTOGRAFIAS						
	X	X	X	X	X	X
	X	X	X	X	X	X
	X	X	X	X	X	X

**OBSERVACIONES:** SI EL PACIENTE PUEDE ESTAR EN PIE, SE REALIZARAN CON UN TUBITON PUESTO EN EL QUE SE MARCARAN LOS NIVELES DONDE SE TOMARAN LAS MEDIDAS Y SE COLOCARA UNA CINTA MARCANDO LA CINTURA.

EDAD:  SEXO  MASCULINO  FEMENINO  CORSE 39  59  49  79   MONO  BI-VALVE MEDIDAS LOGICAS:  TUMBADO  DE PIE PROFUNDIDAD DESEADA DE LA LORDOSIS:

RECTIFICAR EN:  DELORDOSIS  LORDOSIS FIOLOGICA  HIPERLORDOSIS  VIENTRE PLANO  VIENTRE MEDIO  VIENTRE GRANDE  VIENTRE GRANDE CAIDO  PECHO PEQUEÑO  PECHO MEDIO  PECHO FUERTE  PECHO CAIDO  NALGAS PLANAS  NALGAS MEDIAS  NALGAS FUERTES