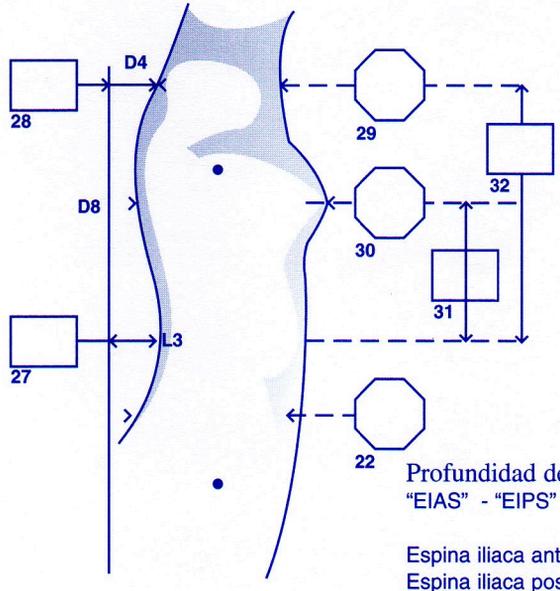
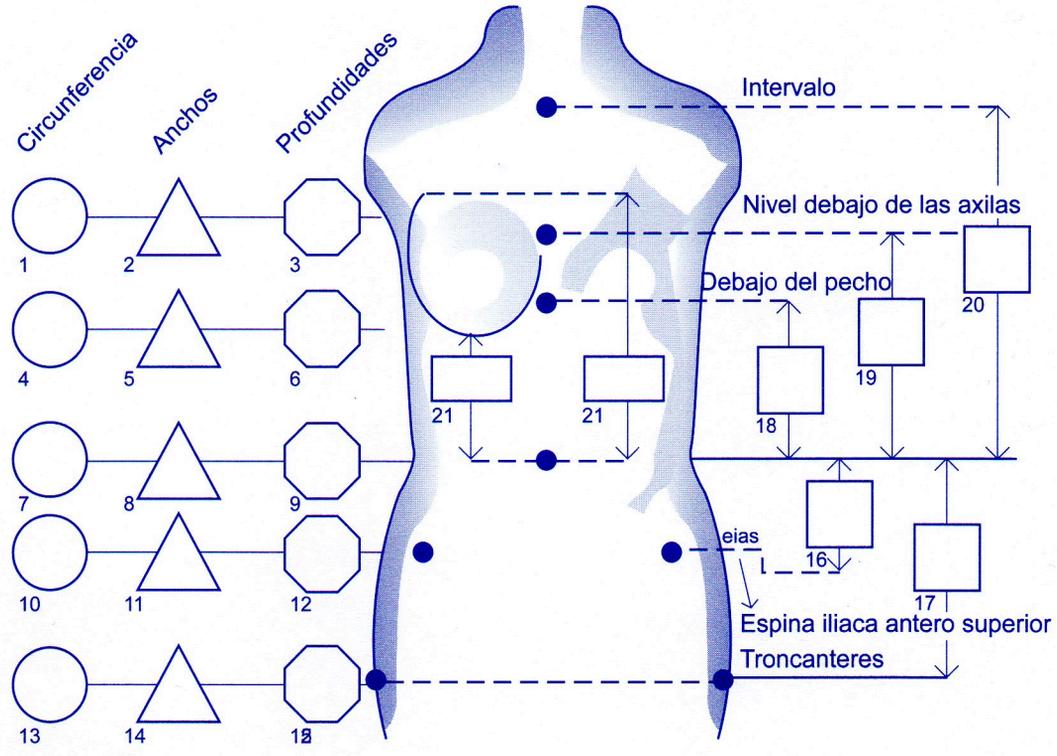


Empresa o centro: _____
 Técnico: _____
 Apellidos del paciente: _____
 Nombre del paciente: _____
 Fecha de vuelta deseada: ____ / ____ / ____



SELLO DE LA EMPRESA: _____

FOTO NUMERICA ADJUNTA: SI NO



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