



# HOJA DE MEDIDAS BRACE DE CODO



NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

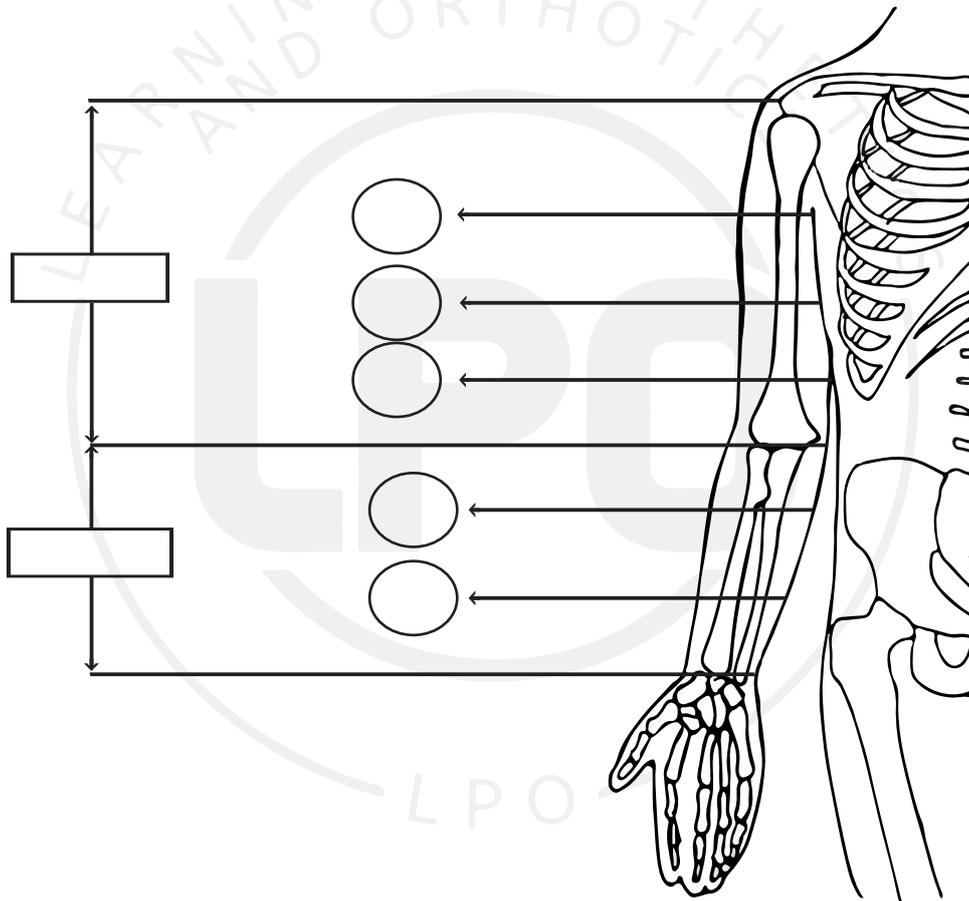
N° DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_ N° DE HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_

ESTATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

PATOLOGÍA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

FECHA DE DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ LADO AFECTADO: \_\_\_\_\_



TIPO DE ÓRTESIS: \_\_\_\_\_

TIPO Y REFERENCIA DE ARTICULACIÓN: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

De uso público

Realizado por: Dra. Yudith Chivatá, CPO. Jorge Campos, CPO. Maria José Salgado