



HOJA DE MEDIDAS TRANSFEMORAL (AK)



NOMBRE: _____ FECHA: _____

N° DE IDENTIFICACIÓN: _____ N° DE HISTORIA CLÍNICA: _____

ESTATURA: _____ PESO: _____ EDAD: _____

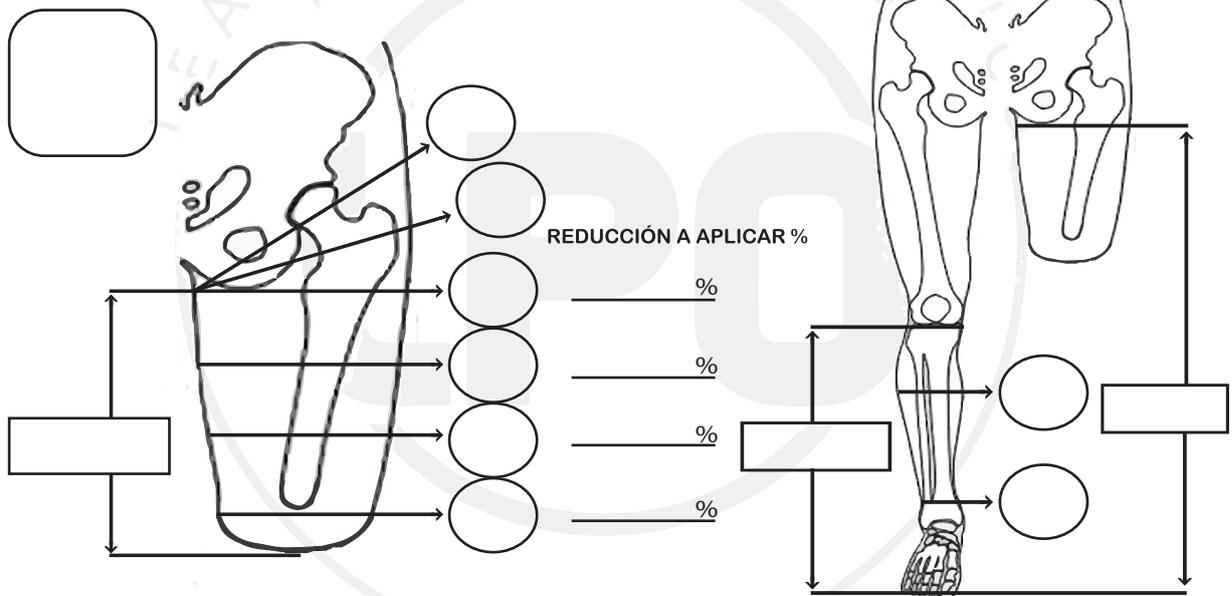
TELÉFONO: _____ SEXO: _____

CAUSA DE LA AMPUTACIÓN: _____

FECHA DE LA AMPUTACIÓN: _____ LADO AMPUTADO: _____

NIVEL DE AMPUTACIÓN DISTAL MEDIO PROXIMAL

Distancia
entre
circunferencias



TIPO DE ENCAJE: _____ TALLA DE PIE: _____ TACÓN: _____

LINER: _____ TALLA DE LINER: _____

MARCA DE LINER: _____ GROSOR DE LINER: _____

SISTEMA DE SUSPENSIÓN: _____

TIPO Y REFERENCIA DE RODILLA: _____

TIPO Y REFERENCIA DE PIE: _____

OBSERVACIONES: _____

De uso público

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