



HOJA DE MEDIDAS TRANSRADIAL



NOMBRE: _____ FECHA: _____

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

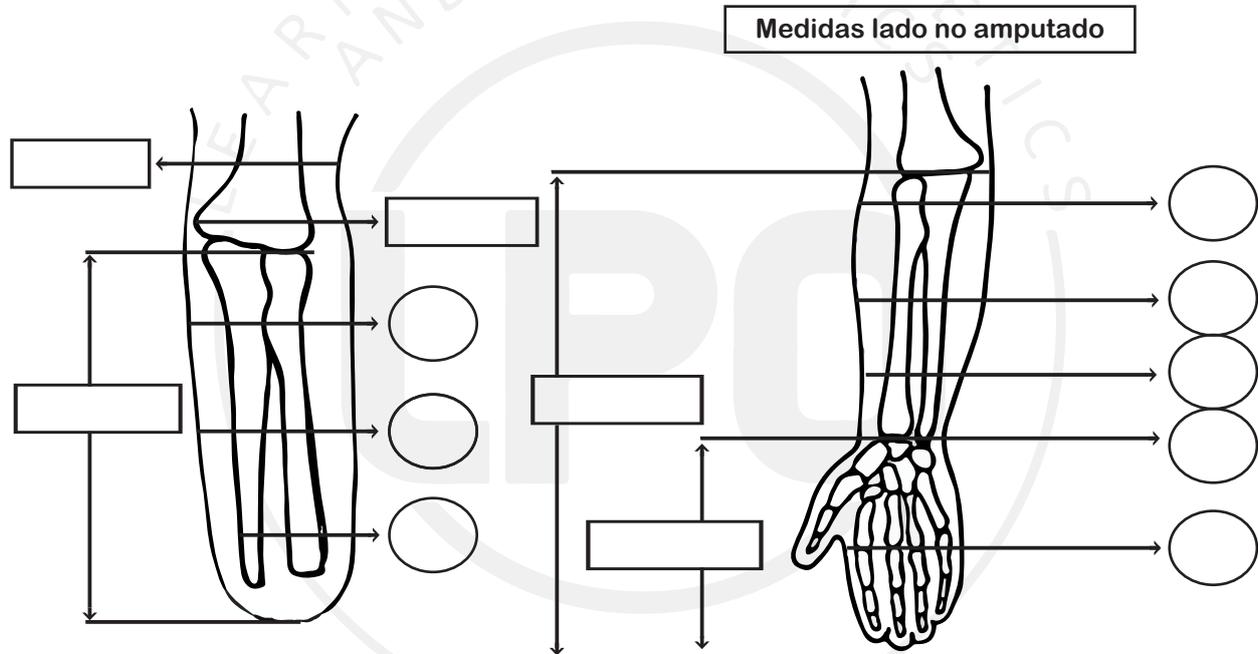
ESTATURA: _____ PESO: _____ EDAD: _____

TELÉFONO: _____ SEXO: _____

CAUSA DE LA AMPUTACIÓN: _____

FECHA DE LA AMPUTACIÓN: _____ LADO AMPUTADO: _____

NIVEL DE AMPUTACIÓN DISTAL MEDIO PROXIMAL



TIPO DE ENCAJE : _____ TALLA DE LA MANO: _____

TALLA DE COSMÉTICA: _____ COLOR DE COSMÉTICA: _____

SISTEMA DE COMANDO: _____ TIPO DE MUÑECA: _____

SISTEMA DE SUSPENSIÓN: _____

OBSERVACIONES: _____

