



HOJA DE MEDIDAS TRANSITIBIAL (BK)



NOMBRE: _____ FECHA: _____

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

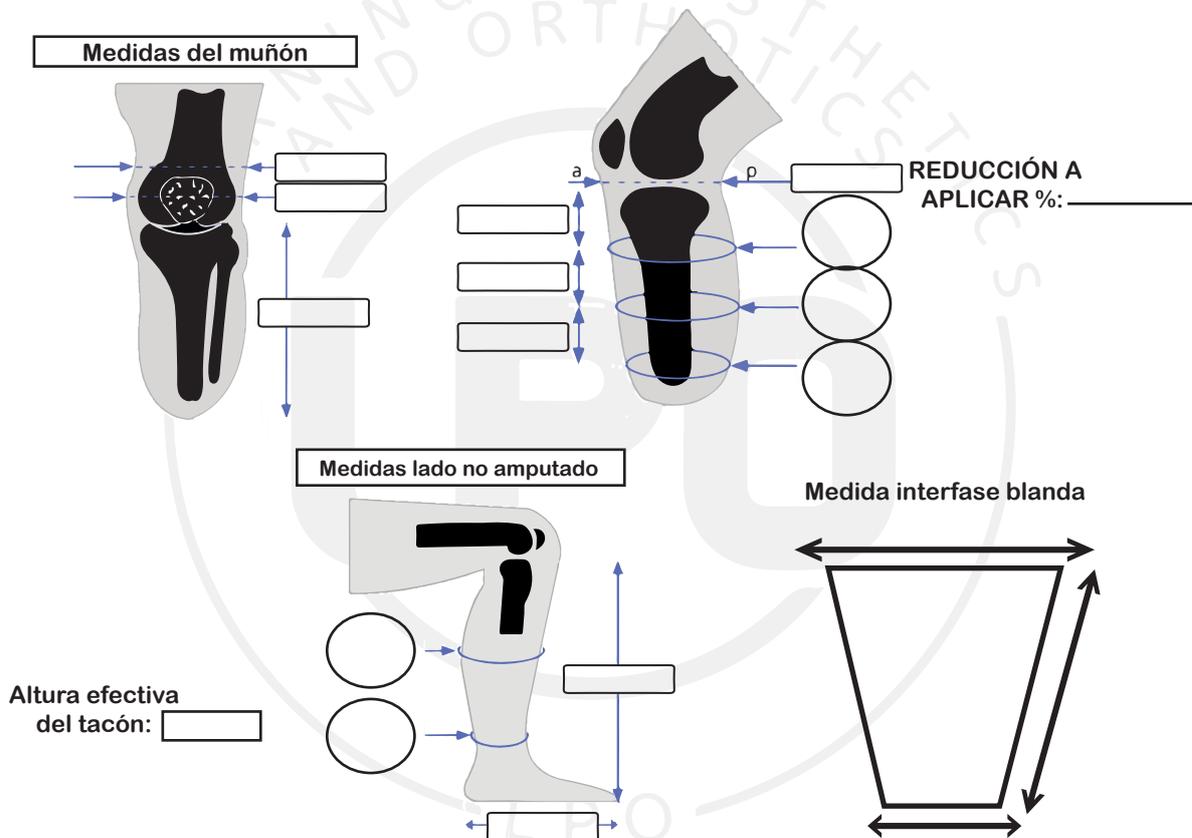
ESTATURA: _____ PESO: _____ EDAD: _____

TELÉFONO: _____ SEXO: _____

CAUSA DE LA AMPUTACIÓN: _____

FECHA DE LA AMPUTACIÓN: _____

NIVEL DE AMPUTACIÓN DISTAL MEDIO PROXIMAL



TIPO DE ENCAJE: _____ TALLA DE PIE: _____

TIPO Y REFERENCIA DE PIE: _____

LINER: _____ TALLA DE LINER: _____

GROSOR DE LINER: _____ MARCA DE LINER: _____

RODILLERA: _____ TALLA DE RODILLERA: _____ MARCA DE RODILLERA: _____

SISTEMA DE SUSPENSIÓN: _____

OBSERVACIONES: _____

