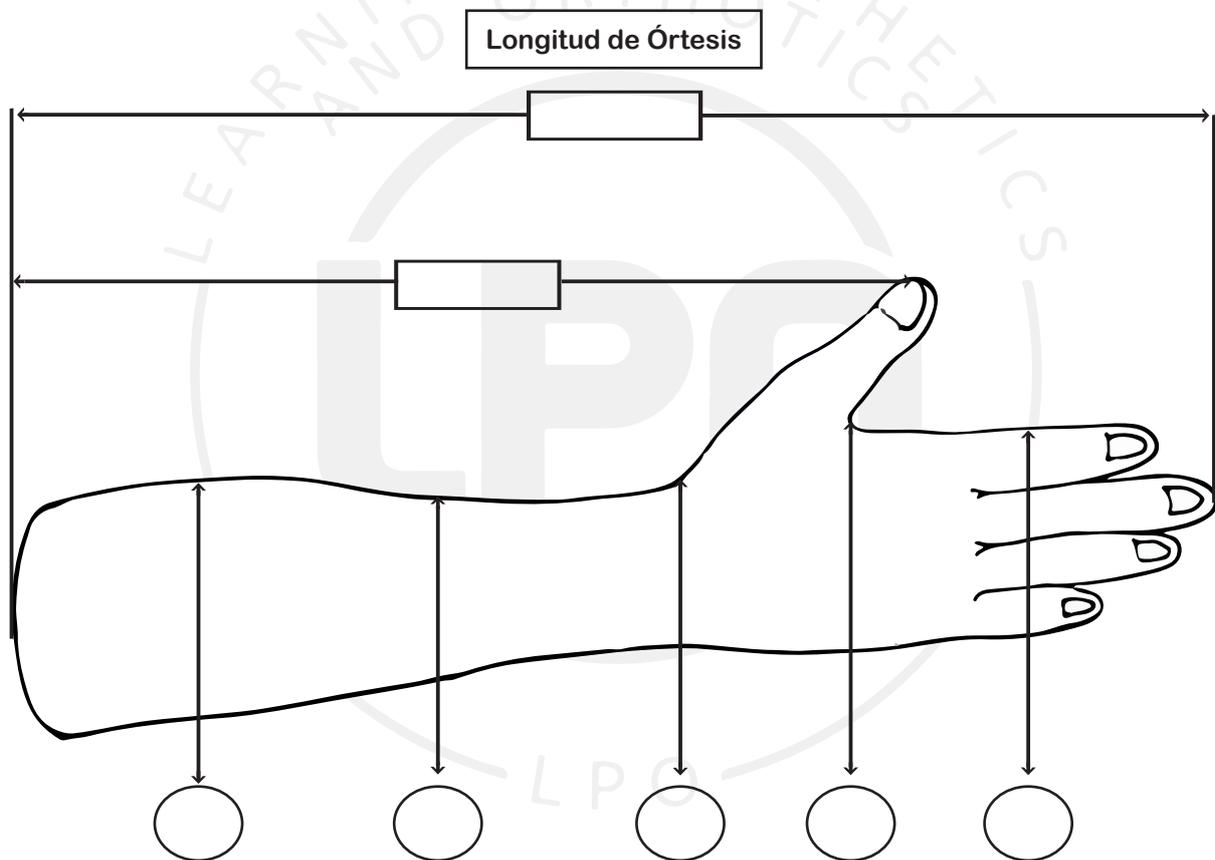




HOJA DE MEDIDAS WHO



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 DE ARTICULACIÓN: _____
OBSERVACIONES: _____

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