

Fecha (order date):

Apellidos/Nombre (F.name/ Surname):

[illegible]

Nº HISTORIA (History number):

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prescriptor (Prescribing Doctor):

[illegible]Radiografías incluidas (Rx Included): si (yes) ☐ No ☐

Nº Pedido Ortoprono (Ortoprono p. ordered):

--	--	--	--	--	--

Técnico (technician):

Supervisor:.....

Pedido por (ordered by):

Nombre y dirección de la ortopedia solicitante (name & adress of ordering facility).

Enviar a (ship to):

ORTOPRONO
C/ Cirilo Amoros 15 Bajo -46004-
VALENCIA (SPAIN)
Tel. 96 353 03 09 Fax. 96 352 51 34
providence@ortoprono.es

Varón		Mujer		Edad:		Altura:		Peso:		Diagnóstico:							
Prescriptor Dr.:							Medidas tomadas:		De pie		Acostado		Imágenes: si		no		
Casilla de verificación		Flex Foam®		1. Marco exterior		2. Marco interior		3. Sin marco									
Cierre anterior solapado		Cierre anterior con lengüeta		Cierre con apertura posterior		Cierre con apertura lateral:		Derecha (R)		Izquierda (L)							
Bivalvo:		Liso		o		Con solapamiento		o		Cierre con lengüeta		Anterior sobre posterior		Anterior dentro del posterior		Recortar la espuma en la superposición	
Info:																	
Bajo perfil (LSO)				Alto perfil (TLSO)				Sin terminar				Terminado					
Tipo de plástico		Espesor		Espesor del foam		Acolchado sobre crestas iliacos											
Cinchas: 2,5cm				3,75cm				5cm									
Apoyo external: cinchas				axila				o				hombro					
Instrucciones de acabado, formas, cortes o ventanas:																	

Instrucciones de acabado, formas, cortes o ventanas:

