

FECHA:

PACIENTE:

NOMBRE Y APELLIDO DE FAMILIAR:

OBRA SOCIAL:

PESO:

EDAD:

N°:

ALTURA TOTAL:

TOMA DE MEDIDAS PARA SILLA DE RUEDAS

MEDIDAS EN CM

A:

B:

C:

D:

E:

F: ANCHO DE HOMBROS:

G: ANCHO DE TORAX:

H: ANCHO DE CINTURA:

I: ANCHO DE CADERA:

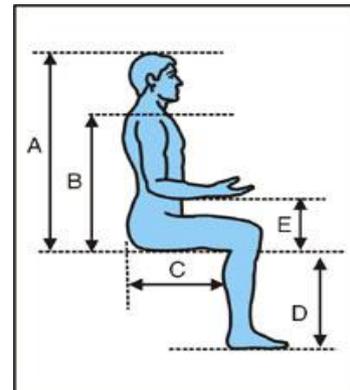
J: ASIENTO – AXILA:

Solo para I2I/QCR : K: ANCHO DE CUELLO: L: ALTURA DE CUELLO:

TODAS LAS MEDIDAS SON LINEALES, SIN DOBLAR LA CINTA METRICA.
DONDE DICE ANCHO, NO ES CONTORNO NI PERIMETRO.

DIAGNOSTICO:

INDICAR DESVIACIONES:



Remitir por mail: mgonzalez@camsi.com.ar