

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SILLA DE RUEDAS

Apellido y Nombre: _____

Edad: Peso: Teléfono: _____

Domicilio: _____

Dignóstico: _____

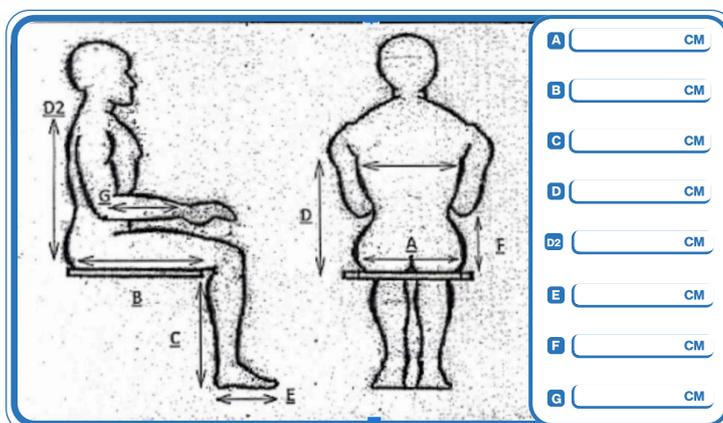
DR./DRA.: _____

MEDIDAS A CONSIDERAR PARA EL DISEÑO DE LA SILLA DE RUEDAS:

- A** Ancho de Caderas
- B** Profundidad de asiento. Del respaldo hasta la parte posterior de la rodilla menos 2 cm.
- C** Largo de la pierna: sentado desde pliegue de rodilla hasta apoyo de pie.
(Tobillo a 90°)
- D** Altura de respaldo desde la base del asiento hasta ángulo inferior del omoplato 2 cm

PARA LOS PACIENTES CON CONTROL DE TRONCO:

- D2** Para respaldo más alto indicar medida y soportes laterales de tronco, lumbar y cervical según criterio médico.
- E** Largo del pie del paciente.
- F** Altura del apoyo del brazo.
- G** Tipo de apoya brazo (corto - largo).



A	<input type="text"/>	CM
B	<input type="text"/>	CM
C	<input type="text"/>	CM
D	<input type="text"/>	CM
D2	<input type="text"/>	CM
E	<input type="text"/>	CM
F	<input type="text"/>	CM
G	<input type="text"/>	CM

Firma del profesional