

Centro: _____ Fecha : _____

Paciente : _____

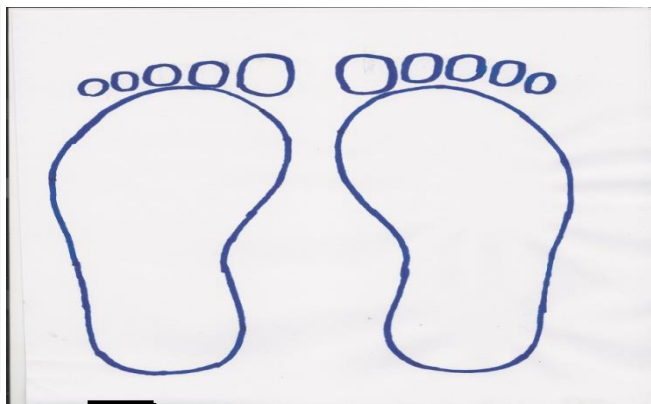
Prescrito por :

Teléfono :

Tratamiento:

IZQDA

DCHA



Plantillas :

Largas

☐

Cortas

☐

Nº Palmilla

Caballero

☐

Señora

☐

Niño

☐

EVA:(Dureza): _____

Polipropileno: _____

Resinas: _____

Otros: _____

Forros: _____