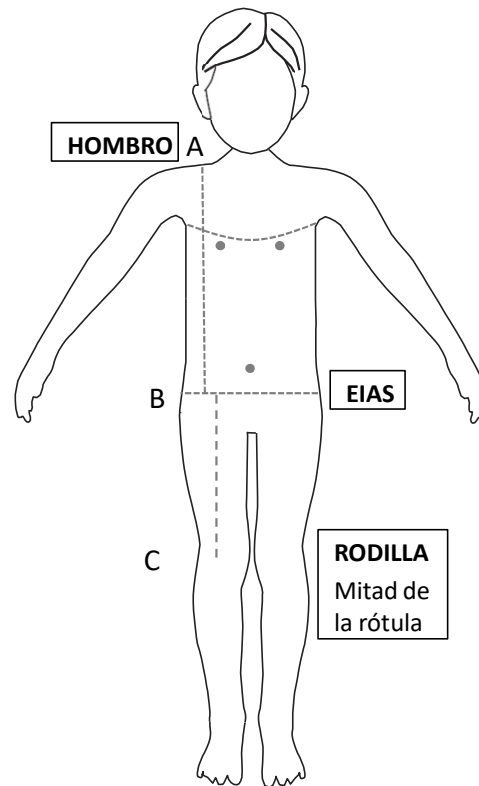


PACIENTE: _____ EDAD: _____ DIAGNÓSTICO: _____

CONTACTO: _____ CELULAR: _____ MAIL: _____

SISTEMA FULL BODY / MIEMBROS INFERIORES



PESO: Kg

A-B: cm

B-C: cm