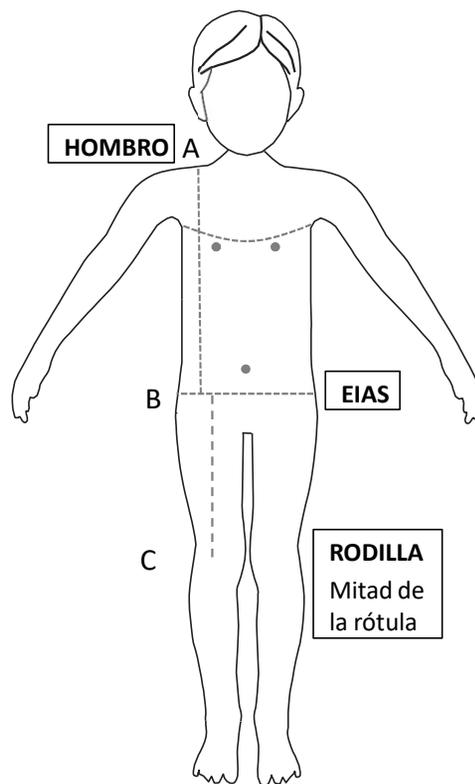


PACIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

CONTACTO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ MAIL: \_\_\_\_\_

SISTEMA FULL BODY / MIEMBROS INFERIORES



PESO:  Kg

A-B:  cm

B-C:  cm