



ortopediavalfra@gmail.com
www.valfra.com.ar

Orden de Pedido

Enviar solicitud al Fax

011 4384 5158

Solís 719 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - C1078AAO - Tel 011 4384 5158

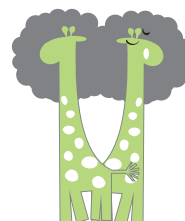
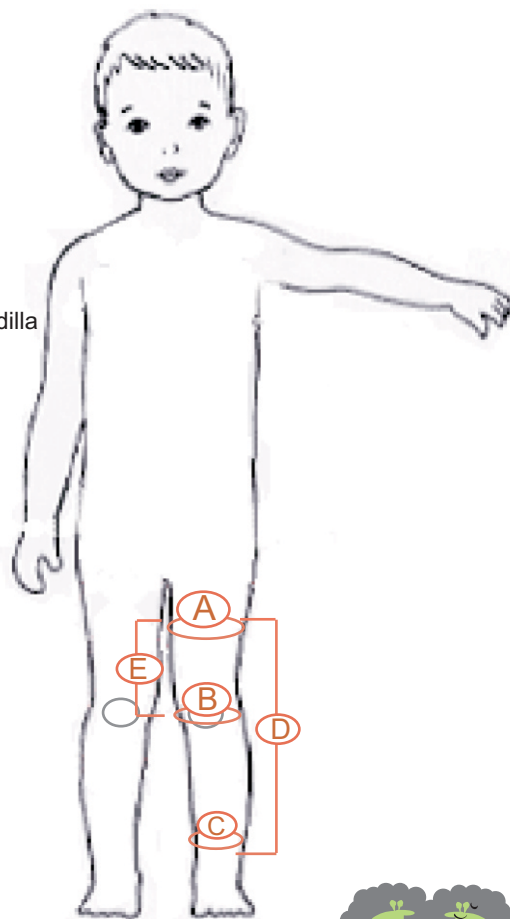
Paciente:.....
 Domicilio:.....
 Localidad:.....
 Teléfono:(.....)..... Móvil:.....
 O. Social / Prepara:..... Afiliado:.....

Recomendado por:.....
 T O Kinesiólogo/a: Otro:.....
 Teléfono:(.....)..... Móvil:(.....).....
 E-mail:
 Trabaja en:.....

Medidas requeridas para la confección del producto

Circunferencia en cm: _____

- (A)CM (Contorno Muslo)
- (B)CM (Contorno Rodilla)
- (C).....CM (Contorno Tobillo)
- (D)CM (Largo interno 1 dedo bajo entre pierna a tobillo)
- (E)CM (Largo interno 1 dedo bajo entre pierna a centro de rodilla solo Mar del Plata)



Producto Solicitado:

*Estabilizador de rodilla
(varilla posterior y laterales)

Neoprene

Tela

*Estabilizador de rodilla
(modelo mar del plata)

Neoprene

Tela