



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

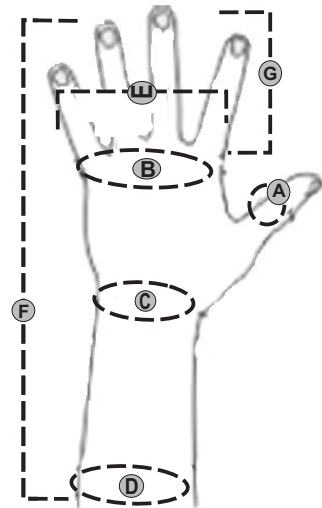
Paciente:.....  
 Domicilio:.....  
 Localidad:.....  
 Teléfono:(.....)..... Móvil:.....  
 O. Social / Prepaga:..... Afiliado:.....

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

### Medidas requeridas para la confección del producto

Circunferencia en cm:

Izquierda	Derecha
(A) _____ cm.	(A) _____ cm.
(B) _____ cm.	(B) _____ cm.
(C) _____ cm.	(C) _____ cm.
(D) _____ cm.	(D) _____ cm.
(E) _____ cm.	(E) _____ cm.
(F) _____ cm.	(F) _____ cm.
(G) _____ cm.	(G) _____ cm.



Enviar:     Izq.                                     Der.

### Férula Antebraquiopalmar de neoprene

Indique las barras necesarias: (tachar lo que corresponde)

<del>palmar</del>	dorsal	Cubital
-------------------	--------	---------

- A - Contorno pulgar
- B - Contorno articulación MCF
- C - Contorno Muñeca
- D - Contorno antebrazo (altura 2/3)
- E - Ancho 4 dedos juntos (no abiertos como la foto)
- F - Largo dedo mas sobresaliente a altura 2/3 antebrazo
- G - Largo articulación MCF a dedo más sobresaliente

