



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:.....

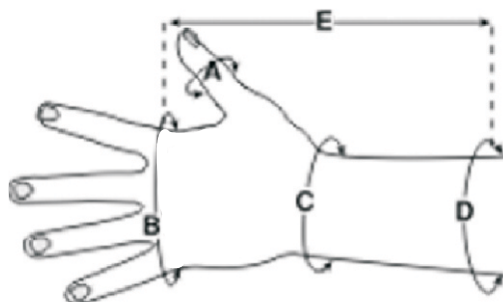
Recomendado por:.....  
 T O       Kinesiólogo/a:     Otro:.....  
 Teléfono:(.....)..... Móvil:(.....).....  
 E-mail: .....  
 Trabaja en:.....

### 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.

Enviar:  Izq.                       Der.



### Producto Solicitado:

Férula Abd. de pulgar dinámica

Indique las barras necesarias: (tachar lo que corresponde)

palmar	dorsal	Cubital
--------	--------	---------

Férula cubital (ORFIT)

Indique las barras necesarias: (tachar lo que corresponde)

palmar	dorsal	Cubital
--------	--------	---------

Guante:

- A - Contorno pulgar
- B - Contorno articulación MCF
- C - Contorno Muñeca
- D - Contorno antebrazo (altura 2/3)
- E - Largo desde articulación MCF a 2/3 antebrazo)

