

## Planilla de Toma de Medidas

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... Fecha

### Datos del Afiliado

Nombre y Apellido ..... N° DNI

N° de beneficiario - CUIL  Fecha de Nacimiento  Tel.

Localidad ..... Provincia .....

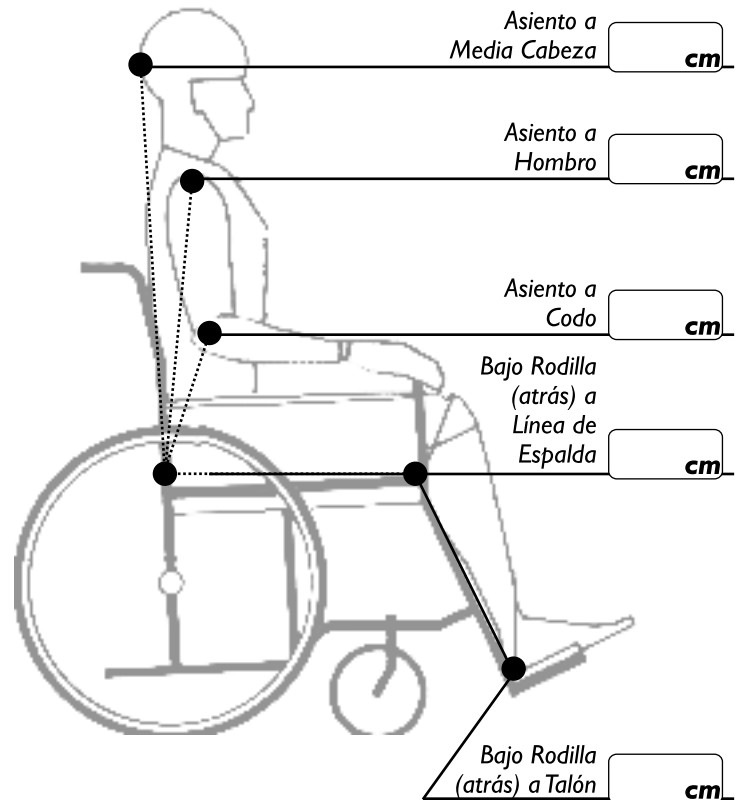
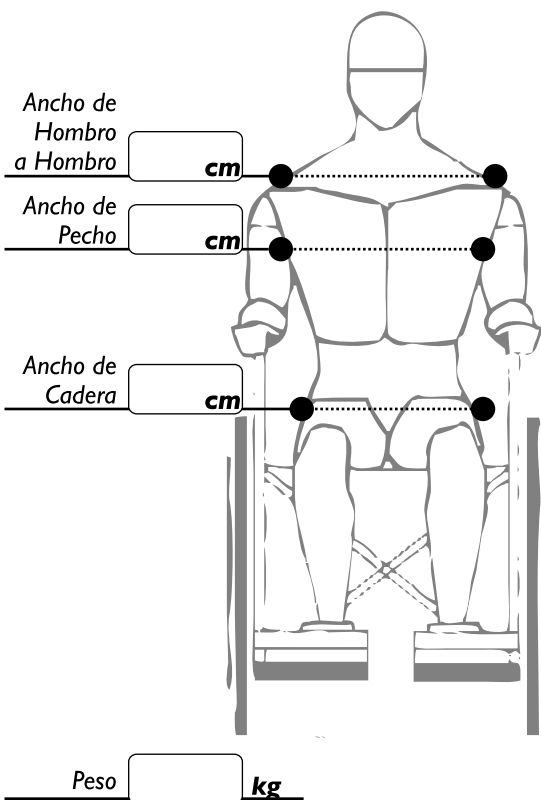
### Datos de la Prestación

Equipamiento .....

Médico Prescriptor .....

### Características

Apoya Cabeza <input type="checkbox"/>	Soporte lateral de Caderas <input type="checkbox"/>	Soporte lateral de Tronco <input type="checkbox"/>
Cinturón <input type="checkbox"/>	Abductor de Piernas <input type="checkbox"/>	Chiripá <input type="checkbox"/>
Cinturones por Hombro <input type="checkbox"/>	Arnés por Entrepierna <input type="checkbox"/>	Chaleco de Sujeción <input type="checkbox"/>
Ruedas Antivuelco <input type="checkbox"/>	Sujeción de Empeine <input type="checkbox"/>	Almohadón <input type="checkbox"/>
Otros <input type="checkbox"/>		



Firma, Aclaración y Sello