CODIGO DE FORMULARIO - DISCAPACIDAD-001
2025

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 .....

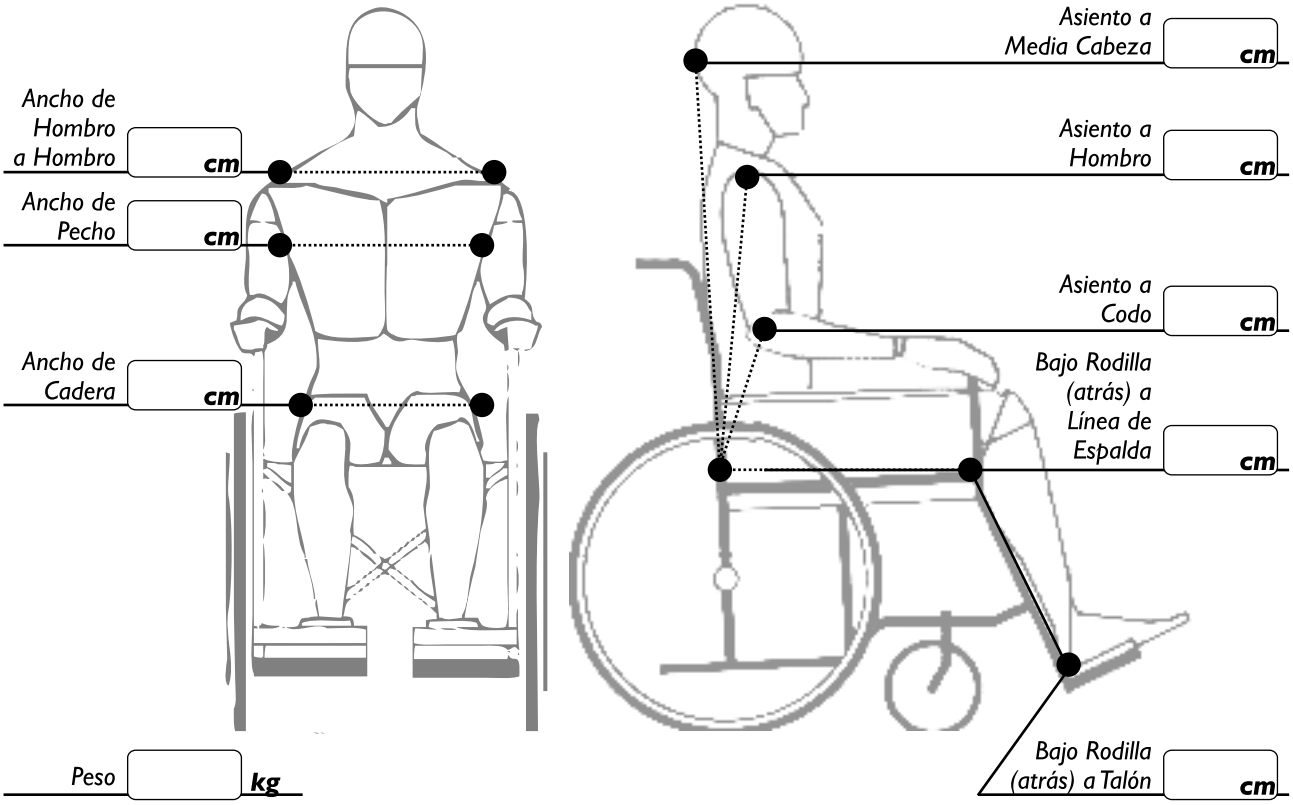
Datos de la Prestación

Equipamiento .....

Médico Prescriptor .....

Características

Apoya Cabeza	Soporte lateral de Caderas	Soporte lateral de Tronco
Cinturón	Abductor de Piernas	Chiripá
Cinturones por Hombro	Arnés por Entrepierna	Chaleco de Sujeción
Ruedas Antivuelco	Sujeción de Empeine	Almohadón
Otros		



Peso kg

Firma, Aclaración y Sello