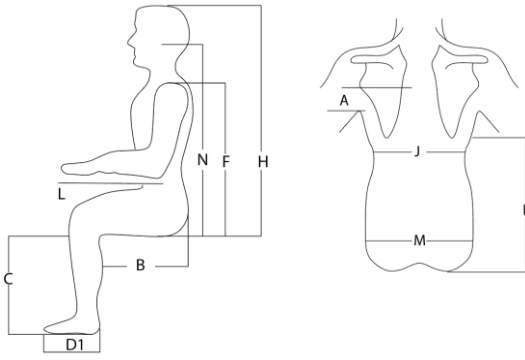
	<b>CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACIÓN COLOMBIA-CIREC</b> <b>DE MEDIDAS</b> <b>GESTIÓN DE OPERACIONES</b>		<b>FORMATO DE TOMA</b> <b>AYUDAS DE MOVILIDAD</b>		Código	FO-18-14	
					Versión	4	
					Fecha de Emisión	19/04/2017	
<b>DATOS DEL PACIENTE:</b>							
NOMBRE	CAMILO RONCACION PEREZ		SEXO		EDAD	DOCUMENTO IDENTIDAD	
DIRECCIÓN	CALLE 708 #57-09		Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	36	1.022.396.448	
TELÉFONO	3124103966					FECHA TOMA DE MEDIDAS	
						10/02/2023	
<b>CARACTERÍSTICAS DE USO</b>							
OCUPACION DEL PACIENTE	DESEMPLEADO						
TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL ELEMENTO	5 HORAS						
TERRENO DONDE SE DESENVUELVE	URBANO <input checked="" type="checkbox"/>	RURAL <input type="checkbox"/>	PENDIENTES <input type="checkbox"/>	RAMPAS DE DOMICILIO <input checked="" type="checkbox"/>			
	1-3 Horas <input type="checkbox"/>	3-5 Horas <input type="checkbox"/>	5-8 Horas <input type="checkbox"/>	8-12 Horas <input checked="" type="checkbox"/>	Más de 12 Horas <input type="checkbox"/>		
AMPERAJE (SILLA MOTORIZADA)	NA		TIPO DE BATERIA		NA		
<b>HISTORIAL MÉDICO / VALORACIÓN CLÍNICA</b>							
DIAGNÓSTICO	TRAUMA RAQUIMEDULAR C3			TIEMPO DE EVOLUCION	5 AÑOS		
PRESENCIA DE ESCARAS	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	LESIÓN MEDULAR <input checked="" type="checkbox"/>	ESPECIFIQUE TIPO Y NIVEL DE LESIÓN			
PRESENCIA DE DOLOR	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ECV <input type="checkbox"/>	NA			
CONTROL DE ESFINTERES	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	DISTROFIA MUSCULAR <input type="checkbox"/>				
PRESENCIA DE DEFORMIDADES	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	ESCLEROSIS MÚLTIPLE <input type="checkbox"/>				
FUERZA MUSCULAR	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	ESPIÑA BIFIDA <input type="checkbox"/>				
			CUADRAPLEGIA <input type="checkbox"/>				
			PARAPLEGIA <input type="checkbox"/>				
			HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/>				
			OTRA PATOLOGÍA <input type="checkbox"/>				
<b>MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS (Paciente).</b>							
PESO Kg							
TALLA							
ANCHO DE CADERA	M	23					
ANCHO DE AXILA Y ESPALDA	J	25					
ALTURA DE ESPALDA HASTA LA CIMA DE LA CABEZA	H	23					
ALTURA DE ESPALDA HASTA LA PROTUBERANCIA OCCIPITAL	N	65					
ALTURA DE ESPALDA DESDE CIMA DE HOMBRO	F	100					
ALTURA DE ESPALDA DESDE AXILA O MITAD DE ESCAPULA	A	15					
ALTURA BAJO ESPALDA BAJO ANGULO INFERIOR ESCAPULA	E	23					
LARGO DEL MUSLO DERECHO	B	23					
LARGO DEL MUSLO IZQUIERDO	B	23					
LARGO DE PIERNA DERECHA	C	23					
LARGO DE PIERNA IZQUIERDA	C	23					
<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA SILLA</b>							
TIPO DE SILLA		CATEGORIA	FUNCIONES		MATERIAL	OBSERVACIONES / LESIÓN	
ESTANDAR <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEDIATRICA	RIGIDA	<input checked="" type="checkbox"/>	ACERO	<input checked="" type="checkbox"/>	
NEUROLOGICA O BASCULABLE <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ADULTO	PLEGABLE	<input type="checkbox"/>	ALUMINIO	<input type="checkbox"/>	
ELÉCTRICA <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SISTEMA	BASCULANTE	<input type="checkbox"/>	TITANIO	<input type="checkbox"/>	
ACTIVA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AMPUTADO			CARBONO	<input checked="" type="checkbox"/>	
SEMI DEPORTIVA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEMIPLEGICO					
DEPORTIVA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BARIATRICO					
COCHE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<b>CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA SILLA NUEVA (De acuerdo a la formula médica).</b>							
APOYA PIES		APOYA BRAZOS		RUEDAS		ESPALDAR	ASIENTO
<input type="checkbox"/>	ELEVABLES	TIPO DE ESCRITORIO	<input type="checkbox"/>	RAYO	<input type="checkbox"/>	RIGIDO	TELA <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	BIPODAL	FIJOS	<input type="checkbox"/>	RAYO CRUZADO	<input type="checkbox"/>	TENSIÓN REGULABLE	RIGIDO <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	UNIPODAL	TIPO ESCRITORIO	<input type="checkbox"/>	TIPO MAG	<input type="checkbox"/>	TELA	FIJO <input type="checkbox"/>
		REGULABLES ALTURA	<input checked="" type="checkbox"/>	SPINERGY	<input checked="" type="checkbox"/>	MANIJAS LARGAS	EXTRAIBLE <input type="checkbox"/>
		DESMONTABLES	<input type="checkbox"/>	SEMI NEUMATICAS	<input type="checkbox"/>	MANIJAS CORTAS	TACO ABDUCTOR <input checked="" type="checkbox"/>
		ABATIBLE	<input type="checkbox"/>	NEUMATICAS	<input type="checkbox"/>	MANIJAS ABATIBLES	OBSERVACIONES
				MACIZAS	<input type="checkbox"/>	MANIJA UNICA	
				ARO PROPULSOR	<input type="checkbox"/>	FRENOS PARA CUIDADOR	
<b>CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LAS SILLA</b>							
COJÍN		SOPORTES LATERALES		OBSERVACIONES		APOYA CABEZAS	CINTURONES
<input type="checkbox"/>	Inflable Neumatico	Ajustables en Altura	<input checked="" type="checkbox"/>			Anatomico	Cinturón Pélvico 2 puntos <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Espuma	Ajustables en Profundidad	<input checked="" type="checkbox"/>			Plano	Cinturón Pélvico 4 puntos <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Espuma y gel Híbrido	Abatibles	<input checked="" type="checkbox"/>			Occipital	Cinturón Pélvico seguridad <input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Aire y Espuma Híbrido	Fijos	<input type="checkbox"/>				Pechera <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Base Rígida		<input type="checkbox"/>				Cinturón tipo calzón <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Alto Perfil		<input type="checkbox"/>				Pantorrilleras <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bajo Perfil		<input type="checkbox"/>		Cinturones de Amarre <input type="checkbox"/>		
MÉDICO FISIATRA				TERAPIA OCUPACIONAL		TÉCNOLOGO	
Nombre / No. CM				Nombre / No. CM		Nombre / No. CM	