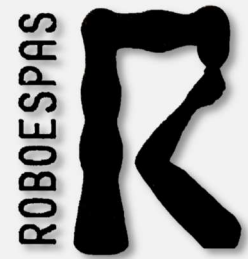


Datos de paciente

Patient data



Datos generales | General data

<input type="text"/>	<input type="text" value="cm"/>	<input type="text" value="."/>	<input type="text" value="kg"/>	<input type="text"/>
Edad Age	Altura Height	Peso Weight		ID*
<input type="checkbox"/> Diestro/a Right-handed	<input type="checkbox"/> Mujer Female <input type="checkbox"/> Hombre Male			
<input type="checkbox"/> Zurdo/a Left-handed	<input type="checkbox"/> Otro Other <input type="text"/>			
Género Gender				
<input type="text"/>				
Afecciones de extremidad superior Upper limb conditions				

*ID indicado por el terapeuta | ID given by therapist

Datos biométricos | Biometric data

Esternón - Hombro Sternum - Shoulder	<input type="text" value="cm"/>
Hombro - Fosa cubital Shoulder - Cubital fossa	<input type="text" value="cm"/>
Fosa cubital - Muñeca Cubital fossa - Wrist	<input type="text" value="cm"/>
Muñeca - Dedos Wrist - Fingers	<input type="text" value="cm"/>
Circunferencia brazo Arm circumference	<input type="text" value="cm"/>

Datos del experimento | Trial data

S1 - Fosa cubital S1 - Cubital fossa	<input type="text" value="cm"/>
S2 - Codo S2 - Elbow	<input type="text" value="cm"/>
S3 - Fosa cubital S3 - Cubital fossa	<input type="text" value="cm"/>
S4 - Fosa cubital S4 - Cubital fossa	<input type="text" value="cm"/>
S1 Biceps Brachii - S2 Triceps Lateral Head	<input type="text" value="cm"/>
S3 Brachioradialis - S4 Flexor Carpi Radialis	<input type="text" value="cm"/>