

PIE COMPLETO o PARCIAL en HDS

PACIENTE: _____
 N.º PEDIDO: _____
 CENTRO/CLIENTE: _____

REFERENCIA: _____
 PRODUCTO: _____
 FECHA: _____

DETALLES GENERALES

NECESIDADES BORDE PROXIMAL: _____

MOLDE SUMINISTRADO: ALGINATO/HERCULITE

SILICONA

ACABADO: MONOCOLOR DOS COLORTES PERSONALIZADO (hasta 4 colores)

ESPECIFICACIONES ADICIONALES: _____

DETALLES ADICIONALES

LUNARES: SI / NO

ARRUGAS: SI / NO

PECAS: SI / NO

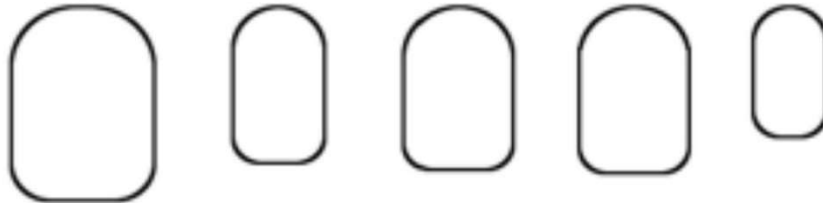
VELLO: SI / NO

VENAS: SI / NO , COLOR: Verde / Azul / Purpura /

VENAS: Marcadas en el croquis / Seguir según las fotos

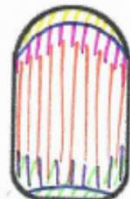
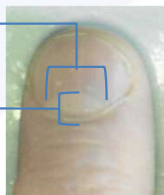
COLOR DE UÑAS

Utilice rotuladores de colores para indicar las zonas.



MEDIDAS	PULGAR	INDICE	MEDIO	ANULAR	MEÑIQUE	COLOR	Borde libre	Borde unido	Cuerpo	Lúnula	Añadido
Lúnula	si / no	si / no	si / no	si / no	si / no	Rotulador					
Ancho						Guía					
Profundo											
										Longitud borde libre	mm
										Material uña	

Lúnula
 Ancho
 Profundo



Borde libre
 Borde unido
 Cuerpo
 Lúnula
 Añadido

ZONA DORSAL: BASE Y ZONAS DE COLOR

Compruebe el color con la pieza de la guía de colores, indique en el dibujo la zona con un rotulador de color y utilice ese mismo rotulador para marcarlo en la tabla.



	ROTULADOR	GUIA
Base dorsal		
Capa/ Bronceado		
Zona		
Zona		
Zona		
Venas		
Pecas		
Lunares		
Vello		Muestra (para color y longitud)



- 1,- Tomar color general para la base dorsal. Seleccionar de la guía y hacer foto.
- 2,- Tomar color en las zonas bronceadas, zonas en pliegues articulares. Seleccionar de la guía y hacer foto.
- 3,- Después marcar y seleccionar otras zonas como pueden ser las zonas distales de los dedos. Seleccionar de la guía y hacer foto.
- 4,- Definir por colores venas, pecas o lunares, y la zona de vello.

PACIENTE: _____ CLIENTE: _____ FECHA: _____

centralfab@emo.es tlf. (+34) 963132051

Notas adicionales



Ejemplo dorsal



Ejemplo palmar

Añadir en este punto todas las consideraciones necesarias. Es útil realizar croquis tanto dorsal como lateral, de la alineación de los dedos.

Centro: _____ Fecha: _____

Técnico : _____

Firma del técnico:

Firma del paciente: