

DATOS DEL PACIENTE			
Apellidos		Nombre	
SIP	Fecha de nacimiento	Teléfono	Correo electrónico
DIAGNÓSTICO CLÍNICO			
Diagnóstico asociado a la solicitud			
<input type="checkbox"/>	Enfermedad común	Fecha de inicio	
<input type="checkbox"/>	Accidente laboral	Fecha del accidente	Mutua
<input type="checkbox"/>	Accidente de tráfico	Fecha del accidente	Aseguradora
<input type="checkbox"/>	Otros		
Otros diagnósticos relevantes			
OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE			
Tipo de prótesis de rodilla sin procesador y componentes asociados (encaje, pie...) que en la actualidad lleva el paciente. Indicar al menos el código del catálogo			
Fecha de la última prescripción de los componentes de la prótesis sin procesador			
Nivel de movilidad evaluado: (marcar al menos 2)			
<input type="checkbox"/> Camina en cinta sin pendiente a 2,5 Km/h durante 5 min			
<input type="checkbox"/> Test 2 MWT > 120 m			
<input type="checkbox"/> Test UP and GO (TUG) < 14 s			
<input type="checkbox"/> Test 4sst < 15 s			
DATOS DEL MÉDICO SOLICITANTE			
Centro hospitalario		Servicio-Unidad asistencial	
Apellidos		Nombre	
Teléfono		Correo corporativo	
Fecha		Firma	