

**Bloquear FP, FD Libre,
Revestimiento suave ó de esponja
PF block, DF free, Softy Liner**

Paciente Patient	Apellido Last name	
	Nombre First name	<input type="checkbox"/> Masculino Male <input type="checkbox"/> Femenino Female
	Fecha del Molde / / Tamaño Date cast Footplate size	<input type="checkbox"/> Estrecho N <input type="checkbox"/> Ancho W
Ortopeda Practitioner	Nombre Name	Título Title
	Ortopedia Facility	
Dirección de Envío Shipping	<input type="checkbox"/> Shipping info is the same as practitioner facility -O- -OR-	
	Nombre del Contacto Shipping Contact Name	
	Dirección Street Address	
	Ciudad City	Código Postal Zip
Email		Teléfono Phone

Corrección del Molde • Posición Funcional
Cast Correction • Position of Function

Alineamiento del Tobillo (Flexión dorsal-Flexión Plantar) **Ankle Alignment** (Dorsiflexion-Plantarflexion)

Corregir a 3-4° FD Corregir a ____° No Corregir
Correct to 3-4° DF Correct to Correct (alineación del Molde es correcta)
Correct to Do not correct (Cast alignment OK)

Alineamiento del Retropie **Hindfoot Alignment**

Corregir a la vertical (si el molde no está alineado) No Corregir
Correct to Vertical (if misaligned) Do not correct

Alineamiento del Antepie **Forefoot Alignment**

NOTA: Los dibujos le muestran el órtesis terminado. NOTE: Drawings show finished orthosis.
Elija la alineación para el antepie. Escriba la cantidad - pulgadas o centímetros.
Choose forefoot alignment. Write posting height if needed—in. or cm.

Derecho RIGHT	Derecho RIGHT	Derecho RIGHT	Izquierdo LEFT	Izquierdo LEFT	Izquierdo LEFT
<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ____	<input type="checkbox"/> ____

Estabilización Inferior **Bottom Stabilization**

Sin estabilización **None** — ESTÁNDAR

Talon Medio pie Talon y Medio pie
Heel Midfoot Both heel and midfoot

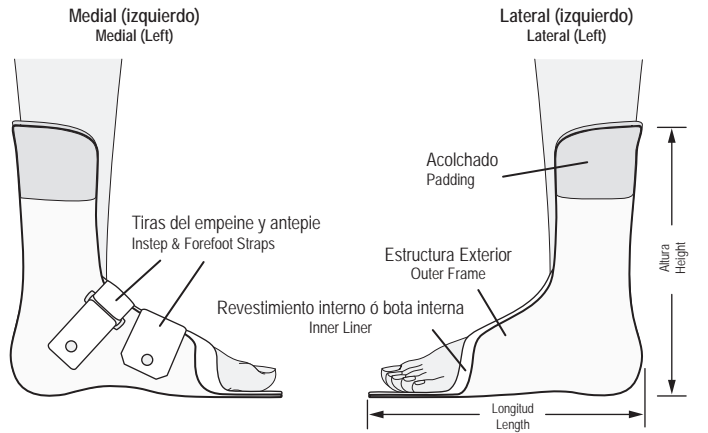
Estabilizar toda la planta del pie con suela de esponja densa
Entire bottom stabilized with foam sole

Estabilizar toda la planta del pie con suela de esponja densa y atdeslizante
Entire bottom stabilized with foam sole and non-skid cover

NOTA: Estabilización en la planta del pie Soportará el valgo/varo del antepie.
NOTE: Varus or valgus forefoot alignments will receive stabilization on bottom of brace to support posted (raised) region.

Instrucciones Especiales **Special Instructions**

Construcción • Características • Opciones *Construction • Features • Options*



NOTA: Si no elije ninguna opción, recibirá el ESTÁNDAR
NOTE: If you don't choose an option, you will receive the STANDARD.

Altura Posterior **Posterior Height**
La altura del molde debe ser mas alta que la del órtesis
Cast height must be greater than brace height

Altura = Corra longitud **Height = foot length — ESTÁNDAR**
 Especificar **Specify** _____

Paquete Interior **Inner Liner**

Espuma blanda (blanco sólo) **Softy foam (white only) — ESTÁNDAR**
 Polietileno **Polyethylene**
 Extra alcochado en la zona del escafoides (sólo para pronadores)
Add extra navicular padding (boney pronators only)

Tiras **Straps**

ESTÁNDAR (observe el dibujo) **(See drawing)**
 tira abducción para el primer dedo del pie **Add toe abduction strap**

Agregue Correa Anterior **Add Anterior Strap**

Elástica **Elastic** -O-
or No-elástica **Non-stretch**

Color de Tiras **Strap Color**

Blanco **White** — ESTÁNDAR Otro **Other** _____

Diseño para tira de antepie **Instep Strap Pattern**

No Diseño **No Pattern** — ESTÁNDAR Otro **Other** _____

Patrón de transferencia de (carga adicional) **Transfer Pattern (Additional charge)**

No Diseño **No Pattern** — ESTÁNDAR Otro **Other** _____
 Estructura Exterior **Outer Frame** o(or) Paquete Interior **Inner Liner**

Contención de los dedos **Toe Shelf**

Flexible — Sin contención **ESTÁNDAR**
Flexible - no containment

Contención **containment**

Medial Suave **Medial Soft foam**

Lateral Suave **Lateral Soft foam**

y / o and / or