

Tel: 800-848-7332
Fax: 877-856-2160
Intl: +00 1 360 543 9306
www.cascadedrafo.com

Para pacientes pequeños tobillo fijo, bloquear FP, bloquear FD
For smaller patients, fixed ankle, PF block, DF block

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	Dirección Street Address	
	Ciudad City	Código Postal Zip
	Email	Teléfono Phone
	<input type="checkbox"/> Shipping info is the same as practitioner facility -O- -OR-	
Corrección del Molde Cast Correction	Nombre del Contacto Shipping Contact Name	
	Dirección Street Address	
	Ciudad City	Código Postal Zip

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
Correct to 3–4° DF

Corregir a _____°
Correct to _____°

No Corregir
(alineación del Molde es correcta)
Do not correct
(Cast alignment OK)

Alineamiento del Retropie **Hindfoot Alignment**

Corregir a la vertical (si el molde no está alineado)
Correct to Vertical (if misaligned)

No Corregir
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

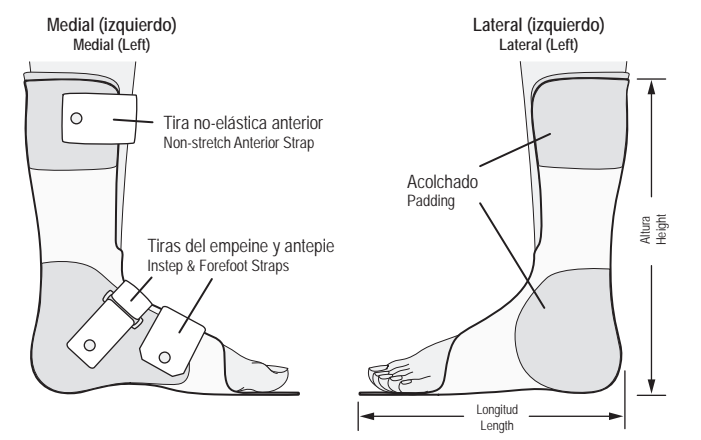
Estabilizar toda la planta del pie con suela de esponja densa
Entire bottom stabilized with foam sole

Estabilizar toda la planta del pie con suela de esponja densa y atideslizante
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

2/3 a 3/4 de longitud de pierna 2/3 to 3/4 of leg length – **ESTÁNDAR**

Especificar *Specify* _____

Acolchado **Padding**

Áreas sombreadas son – **ESTÁNDAR**
Shaded areas above

Extra acolchado en la zona del escafoides (sólo para pronadores)
Add extra navicular padding (boney pronators only)

Color de Acolchado **Padding Color**

Blanco **White** – **ESTÁNDAR** Otro *Other* _____

Tiras **Straps**

ESTÁNDAR (observe el dibujo) *(See drawing)*

tira abducción para el primer dedo del pie *Add toe abduction strap*

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* _____

Contención de los dedos **Toe Shelf**

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

Contención *containment*

Medial Suave (flexible) Medial Plástico
Medial Soft foam Medial Plastic

Lateral Suave (flexible) Lateral Plástico
Lateral Soft foam Lateral Plastic

y/o and/or