

Hosmer Upper Extremity Prosthetics



Tel: 800.827.0070
 Fax: 408.379.9458
 561 Division Street
 Campbell, CA 95008



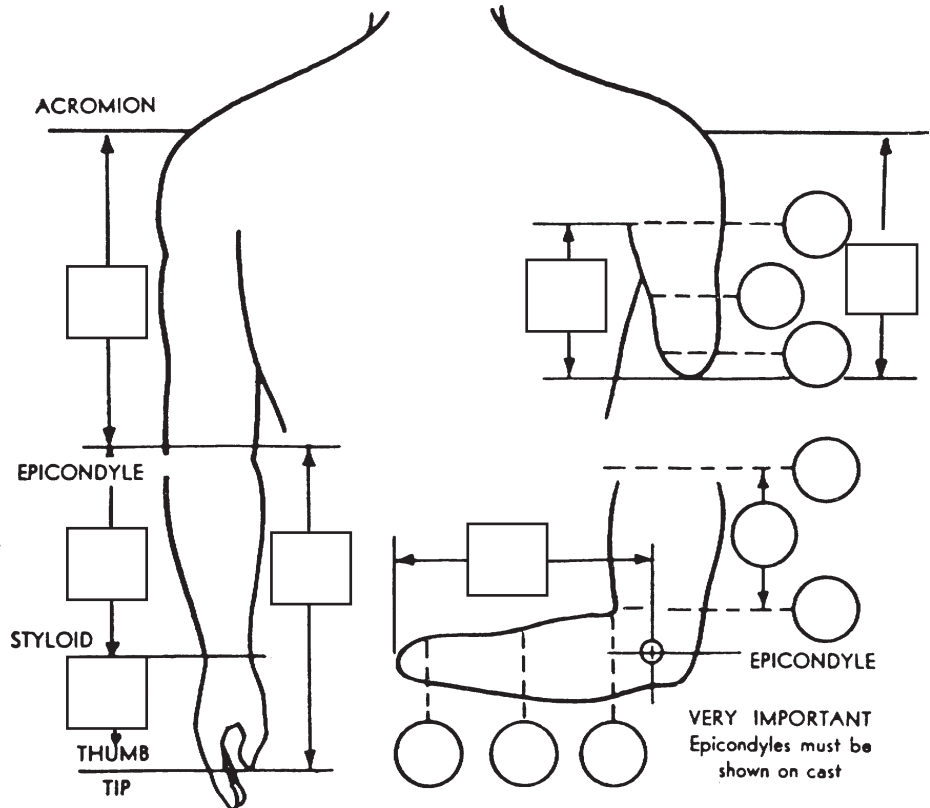
PATIENT'S NAME _____
 STREET ADDRESS _____
 CITY AND STATE _____
 SOCIAL SECURITY NO. _____
 OCCUPATION _____ AMP. DATE _____
 CAUSE OF AMPUTATION _____
 CHEST CIRCUMFERENCE _____ AGE _____
 MALE FEMALE HEIGHT _____
 RIGHT LEFT WEIGHT _____
 CAUCASIAN NEGROID OTHER _____
 AMPUTATION LEVEL _____
 CATALOGUE # _____
 TYPE WRIST _____ ELBOW _____ HINGE _____
 OPEN SOCKET END BEARING SPLIT SOCKET
 STANDARD WEIGHT HEAVY DUTY
 MODEL HOOK USED _____
 MODEL HAND USED _____

DATE _____
COMPANY NAME AND ADDRESS

PREVIOUS PROSTHESIS WORN? YES NO
 OLD PROSTHESIS MEASUREMENTS _____
 UPPER, ACROMION TO ELBOW CENTER _____
 LOWER, ELBOW CENTER TO END OF WRIST _____
 IS THE PROSTHESIS TO BE COMPLETED READY FOR FITTING?
 YES NO

REMARKS: _____

SHOULD HOSMER FURNISH HAND/HOOK?
 YES NO
 HARNESS CUFF CABLES
 DORRANCE HAND SIZE _____
 TYPE _____
 ROBIN AID HAND SIZE _____
 TYPE _____
 BECKER HAND SIZE _____
 TYPE _____
 COSMETIC HAND SIZE _____
 TYPE _____
 COSMETIC GLOVE SIZE _____
 SHADE _____
 OTHER ITEMS HOSMER TO FURNISH



DEL MIEMBRO SUPERIOR

Hosmer Hoja Para La Medicion



Tel: 800.827.0070
 Fax: 408.379.9458
 561 Division Street
 Campbell, CA 95008



Nombre y dirección _____ Fecha _____
 de la compañía. _____ Trabajo No. _____
 Company Name & Address _____ Job No. _____
 _____ Orden de compra No. _____
 _____ P.O. No. _____

Nombre del paciente _____ Fecha de amputación _____
 Patient's Name Amputation Date
 Calle y número _____ Ocupación _____
 Street Occupation
 Ciudad _____ Médico _____
 City Doctor

Caucasiano Negroide Cobrizo Sexo Sexo
 White Negroid Male masc. Female fem.

Tipo de amputación _____
 Type Amputation

No. de prótesis según catálogo _____ Der. Izq.
 Prosthesis Catalog No. Rt. Left

Tipo de muñeca _____ Codo _____ Articulación _____
 Type Wrist Elbow Hinge

Cuenca de doble pared Cuenca sencilla Cuenca dividida
 End Bearing Socket Single Socket Split Socket

Peso normal Reforzado
 Standard Weight Heavy Duty

Modelo de gancho usado _____
 Model Hook Used

Modelo de mano usado _____
 Model Hand Used

Circunferencia torácica _____
 Chest Circumference

Altura del paciente _____ Edad _____
 Patient's Height Age

¿Ensamblar Completo? Si No
 Assemble Complete? Yes No

Tídense los dispositivos Hosmer requeridos
 Check Items Hosmer To Furnish:

Arnés Manguito Cables
 Harness Cuff Cables

Tipo de Mano: Mano Dorrance Mano Becker
 Hand Type: Dorrance Hand Becker Hand

Tamaño _____ Mano Robin-Aid Mano Cosmético
 Size Robin-Aid Hand Cosmetic Hand

Guante cosmético Matiz _____
 Cosmetic Glove Shade

Otros artículos Hosmer requeridos: Other Items Hosmer to Furnish:

Observaciones: _____
 Remarks:

