

Adicione una foto de frente con el nombre del beneficiario

Fecha de Inscripción

Día

Mes

Año



### Datos Personales

Nombres y Apellidos

Edad

Identificación

Sisbén

EPS

Dirección

Teléfono

Municipio

Departamento

Acudiente

### Información Médica

Diagnóstico / Motivo de la pérdida de la extremidad

Fecha aproximada de la pérdida de la extremidad

Tiempo en años

Longitud en cm. a partir del codo sobre base en posición vertical

Diámetro en cm.

Presenta cicatrización completa: Si \_\_\_ No \_\_\_

Presenta Dolor o Incomodidad en el punto de amputación: Si \_\_\_ No \_\_\_

Con el apoyo de:



Una Corporación Una Nación

**PROTESIS  
TOTALMENTE  
GRATUITA !!**

Remitir este Formulario con la foto a:

Corproem Colombia

Calle 13 No. 12-50

Tel: 7730087 -7704200

Sogamoso, Boyacá

[info@corproemcolombia.org](mailto:info@corproemcolombia.org)

[www.corproemcolombia.org](http://www.corproemcolombia.org)