



## PÁRATE CONMIGO/ STAND WITH ME

FORMULARIO DE SOLICITUD/ SOLICITATION FORM

Ingresa a/ Submit at: [www.standwithme.org/pt-zone](http://www.standwithme.org/pt-zone)



**Requisitos: Adjuntar fotocopia del certificado de nacimiento y foto de cuerpo completo actual.**

**Requirements: Attach a copy of the child's birth certificate and a recent photo of the entire child.**

### DATOS DE ORGANIZACIÓN Y FISIOTERAPEUTA/ THERAPIST INFORMATION

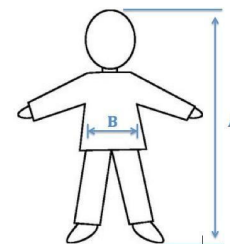
|                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de solicitud/ Date of solicitation (mm/dd/yyyy):                                                                                                                                                                                |
| Descripción del uso/ Where will the stander be used?<br><input type="checkbox"/> En casa del paciente/ In patient's home<br><input type="checkbox"/> En clínica/ In the clinic. & Cantidad de verticalizadores?/ How many need? _____ |
| País / Country:                                                                                                                                                                                                                       |
| Referido por (TF, TS, TO...) / Who referred you (PT, SW...)?                                                                                                                                                                          |
| Teléfono / Phone:                                                                                                                                                                                                                     |
| Organización que solicita / Requesting organization:                                                                                                                                                                                  |
| Dirección de organización/ Address of organization:                                                                                                                                                                                   |
| Como supo de Párate Conmigo/ How did you hear about Stand With Me?<br><input type="checkbox"/> Internet/ Internet <input type="checkbox"/> Mi organización/ My organization <input type="checkbox"/> Otro/ Other: _____               |

### DATOS DEL PACIENTE/ PATIENT'S INFORMATION

|                                                   |                                              |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Nombre de paciente/ Name of patient:              |                                              |
| Diagnóstico/ Diagnosis:                           |                                              |
| Fecha de nacimiento/ Date of birth (mm/dd/yyyy):  | Edad/Age:                                    |
| Código Único de Identificación (CUI) / ID number: |                                              |
| Sexo/Gender:    M    F                            |                                              |
| Dirección de Paciente/ Patient address:           | Teléfono de Paciente/ Patient telephone: (2) |
|                                                   |                                              |

### Medidas, Contraindicaciones/ Measurements, Contraindications

- A. Altura / Height(Cm) \_\_\_\_\_ ¿Es menos que 120cm?/ Less than 120cm? ☐ Sí/Yes ☐ No
- B. Circunferencia de cadera (cm) / Waist circumference (cm) \_\_\_\_\_
- C. Largo de entrepierna (cm) / Inseam length (cm) \_\_\_\_\_
- D. Las dos piernas son de igual medida / Both legs the same length? ☐ Sí/Yes ☐ No
- E. ¿Convulsiona? / Does the child have seizures? ☐ Sí/Yes ☐ No
- F. ¿Puede extender sus rodillas completamente?/Can fully extend knees? ☐ Sí/Yes ☐ No
- G. ¿Tiene control de cabeza? / Can they control their neck? ☐ Sí/Yes ☐ No
- H. ¿Tiene Displasia de cadera? / Does the child have hip dysplasia? ☐ Sí/Yes ☐ No
- I. ¿Tiene deformidades en pies? / Does the child have deformities in their feet? ☐ Sí/Yes ☐ No
- J. ¿Necesita partes extras?/ What extra parts do you need? ☐ Nada / None  
☐ Soporte de cabeza/ Head(1-2): \_\_\_\_\_  
☐ Soportes de la cadera/ Hips(1-2): \_\_\_\_\_  
☐ Soportes de la rodilla/ Knees(1-2): \_\_\_\_\_  
☐ Otro/ Other: \_\_\_\_\_



**K. Foto de cuerpo completo o adjuntar:  
Photo of the entire child or attach:**

|  |
|--|
|  |
|--|

**L. Adjuntar fotocopia del certificado de nacimiento/  
Attach a copy of the birth certificate**

M. Es posible dar una donación voluntaria por el  
verticalizador para ayudar a otros niños  
☐ Sí/Yes    ☐ No \_\_\_\_\_.

**Párate Conmigo Verticalizadores Pediátricos/ Pediatric Standing Frames**

Contactos: [Guatemala 30717584 [info@beelinewheelchairs.org](mailto:info@beelinewheelchairs.org)] [Perú 956590497 [lamesadelreino@gmail.com](mailto:lamesadelreino@gmail.com)] [USA [scottcmitchell2@gmail.com](mailto:scottcmitchell2@gmail.com)]