GALENO ART  **FICHA DE REHABILITACION FKT / TO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nro. de SESION** | **FECHA** | **EVOLUCION Y TECNICA UTILIZADA** | **FIRMA DEL PACIENTE** | **FIRMA DEL KINESIOLOGO** |  |  |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

EPICRISIS: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

# Firma y sello del Profesional ………………………………………………………………………

Paciente que asiste a realizar sesiones de kinesiología / terapia ocupacional, al cual se le otorgaron sesiones en la fecha

del ............. al ........... en el horario de y queda de acuerdo a lo que dispone la Iey, en caso de no

# concurrir a las citaciones efectuadas, y según lo establecido en el punto 2 del art. 20 de la Iey 24.577, LA ASEGURADORA PODRA SUSPENDER LAS PRESTACIONES DINERARIAS POR NEGATIVA INJUSTIFICADA A PERCIBIR LAS PRESTACIONES EN ESPECIE.

Queda debidamente notificado:

# Firma: Aclaración DNI: