

Rivero Nicolas

Colanz Surz

B 3596 83

5h

5 sesiones de

FKT

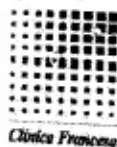
rodilla derecha

Dolor persistente

22/01/24

MATIAS PATTI  
MEDICO MAT 14215  
SERV. DE ORTOPEDIA  
Y TRAUMATOLOGIA

Pagina web / Turnos on line  
[www.clinicafrancesa.com.ar](http://www.clinicafrancesa.com.ar)  
Turnos whatsapp: 2616930165



12:00hrs

KEMELMAJER ISAIAS ARIEL / 5872 - NIGITO CARLOS

19/01/2024

RIVERO, NICOLAS AGUSTIN

DNI.: 038205656

COLONIA SUZA - UNCO

22/1/24 haber pmt

SOLICITA:

FISIOKINESIOTERAPIA 5 SESIONES

OBJETIVOS:

ALGESIA

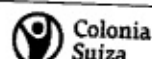
ANTIINFLAMACIÓN

RECUPERAR FUNCIÓN

DIAGNÓSTICO: tendinosis crepitante antebrazo derecho

ISAIAS KEMELMAJER  
SERVIDOR DE ORTOPEDIA  
Y TRAUMATOLOGIA  
C.R. 13.688

**COLONIA SUIZA SALUD**  
**Autorización de Prestación Médica**



**Datos de la Denuncia**

Numero: 02413335/001/00  
Fecha: 23/12/2023 13:22  
Paciente: [38205656] RIVERO NICOLAS AGUSTIN  
Direccion: Croce 1134 [-E/ ejercito argentino y 1° de mayo-] - LAS HERAS (MENDOZA)  
Telefono: - || -  
Tel. Celular: 54 0261- 153450575  
Info Adic: [Altura: 0] [Peso: 0] [MH: Derecha] [DBT:n/e] [HTA:n/e] [Cla:No] [IM:n/e]

**Datos de la Autorización**

Numero: 1644914  
Estado: APROBADA  
Solicitante: Nardecchia Fernanda [23/01/2024][15:39]  
Solicitud: 10ss fkt mano derecha  
Diagnostico: ESGUINCES Y DESGARROS DE DEDO (S) DE LA MANO.  
Traslados: NO Solicitados  
Autorizante: Penaloza Graciela [23/01/2024][16:59]  
Dictamen:  
Fecha Practica: Sin fecha definida  
Centro Medico: KINEMED S.A.S. (FKT), LAS HERAS, MENDOZA

**Prestaciones Solicitadas**

(10) [Mano derecha] 25.01.01 AGENTES FISICOS, FISIOTERAPIA, HORNO DE BIER, RAYOS, INFRARROJOS, HIDROTERAPIA, PARAFINA, FOMENTACIONES, CRIOTERAPIA, RAYOS ULTRAVIOLETAS, ELECTROTERAPIA EN CUALQUIERA DE SUS FORMAS, ONDA CORTA, MICROONDAS, TRACCION CERVICAL O PELVICA, ULTRASONIDO, I

TODAS LAS PRESTACIONES QUEDAN SUJETAS A POSTERIOR AUDITORIA DE HISTORIA CLINICA, CONTRACTUAL Y DE FACTURACION



**COLONIA SUIZA SALUD**  
**Autorización de Prestación Médica**



**Datos de la Denuncia**

Numero: 02332804/001/01  
Fecha: 17/01/2024 14:46  
Paciente: [38205656] RIVERO NICOLAS AGUSTIN  
Direccion: Croce 1134 [-E/ ejercito argentino y 1° de mayo-] - LAS HERAS (MENDOZA)  
Telefono: - || -  
Tel. Celular: 54 0261- 153450575  
Info Adic: [Altura: 0.] [Peso: 0.] [NH: Derecha] [DBT:n/e] [HTA:n/e] [Cla:No] [IM:n/e]

**Datos de la Autorización**

Numero: 1644702  
Estado: APROBADA  
Solicitante: Fernandez Paula [23/01/2024][12:24]  
Solicitud: 5 ss fkt rodilla derecha  
Diagnostico: OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA  
Traslados: NO Solicitados  
Autorizante: Kowlaski Melisa [23/01/2024][12:44]  
Dictamen:  
Fecha Practica: Sin fecha definida  
Centro Medico: KINEMED S.A.S. (FKT), LAS HERAS, MENDOZA

**Prestaciones Solicitadas**

(5) [Rodilla derecha] 25.01.01 AGENTES FISICOS, FISIOTERAPIA, HORNO DE BIER, RAYOS, INFRARROJOS, HIDROTERAPIA, PARAFINA, FOMENTACIONES, CRIOTERAPIA, RAYOS ULTRAVIOLETAS, ELECTROTERAPIA EN CUALQUIERA DE SUS FORMAS, ONDA CORTA, MICROONDAS, TRACCION CERVICAL O PELVICA, ULTRASONIDO, I

TODAS LAS PRESTACIONES QUEDAN SUJETAS A POSTERIOR AUDITORIA DE HISTORIA CLINICA, CONTRACTUAL Y DE FACTURACION



# FORMULARIO DE REHABILITACIÓN - COLONIA SUIZA



CENTRO MÉDICO - KINESICO

Prestador:	KINEMED S.A.S. "Aquila Salud"		CUIT:	30-71748396-7
Domicilio:	SARMIENTO 130		Teléfono:	2615111343
Localidad:	LAS HERAS		Provincia:	MENDOZA
Nombre y apellido:	DIVERO NICOLAS		Nº DNI:	38205656
Domicilio:	CROCE 1134 U-H		Teléfono:	2613450575
Localidad:	Las Heras		Provincia:	

A: Evaluación Estático-Morfológica al comenzar el tratamiento: Dolor (1 al 10): 9 Sensibilidad alterada: SI NO

<b>Sesión 1</b>	Fecha: 29/1/24	Conforme paciente (Firma):	
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>		
Evolución diaria	Rodilla		
<b>Sesión 2</b>	Fecha: 29/1/24	Conforme paciente (Firma):	
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>		
Evolución diaria	Mano		
<b>Sesión 3</b>	Fecha: 29/1/24	Conforme paciente (Firma):	
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>		
Evolución diaria	Rodilla		
<b>Sesión 4</b>	Fecha: 29/1/24	Conforme paciente (Firma):	
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>		
Evolución diaria	Mano		
<b>Sesión 5</b>	Fecha: 26/1/24	Conforme paciente (Firma):	
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>		
Evolución diaria	Rodilla		
<b>Sesión 6</b>	Fecha: 26/1/24	Conforme paciente (Firma):	
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>		
Evolución diaria	Mano		
<b>Sesión 7</b>	Fecha: 29/01/24	Conforme paciente (Firma):	
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>		
Evolución diaria	Rodilla		
<b>Sesión 8</b>	Fecha: 29/01/24	Conforme paciente (Firma):	
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>		
Evolución diaria	Mano		
<b>Sesión 9</b>	Fecha: 30/01/24	Conforme paciente (Firma):	
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>		
Evolución diaria	Rodilla		
<b>Sesión 10</b>	Fecha: 30/01/24	Conforme paciente (Firma):	
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>		
Evolución diaria	Mano		

B: Evaluación Estático-Morfológica al terminar el tratamiento: Dolor (1 al 10): 7 Sensibilidad alterada: SI NO

Lugar y fecha: Las Heras - Mendoza 06/02/2024 Firma y sello profesional:

El presente formulario deberá ser completado en su totalidad por el prestador, firmado por el trabajador, por el profesional, y remitido a la ART al término de las prestaciones, adjuntándolo a la debida facturación.

Dr. FERNANDO J. AQUILA  
DIRECTOR TÉCNICO  
Mpt. 1672  
KINE MED S.A.S.

# FORMULARIO DE REHABILITACIÓN - COLONIA SUIZA



CENTRO MÉDICO - KINESILO

Prestador:	KINEMED S.A.S. "Aquila Salud"	CUT:	30-71748396-7
Domicilio:	SARMIENTO 130	Teléfono:	2615111343
Localidad:	LAS HERAS	Provincia:	MENDOZA
Nombre y apellido:	WAGNER NICOLA	Nº DNI:	38205656
Domicilio:	CROCE 1134	Teléfono:	2613450575
Localidad:	LAS HERAS	Provincia:	

A: Evaluación Estático-Morfológica al comenzar el tratamiento: Dolor (1 al 10): 9 Sensibilidad alterada: SI (NO)

Sesión 1	Fecha: 31/10/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>	
Evolución diaria	MANO	
Sesión 2	Fecha: 01/10/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>	
Evolución diaria	MANO	
Sesión 3	Fecha: 02/02/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>	
Evolución diaria	MANO	
Sesión 4	Fecha: 05/02/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>	No 3518410
Evolución diaria	MANO	
Sesión 5	Fecha: 6/2/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>	No 3518410
Evolución diaria	MANO	
Sesión 6	Fecha: / /	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
Sesión 7	Fecha: / /	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
Sesión 8	Fecha: / /	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
Sesión 9	Fecha: / /	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
Sesión 10	Fecha: / /	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>	
Evolución diaria		

B: Evaluación Estático-Morfológica al terminar el tratamiento: Dolor (1 al 10): 7 Sensibilidad alterada: SI (NO)

Lugar y fecha: Las Heras - Mendoza 06/02/2024

Firma y sello profesional:

El presente formulario deberá ser completado en su totalidad por el prestador, firmado por el trabajador, por el profesional, y remitido a la ART al término de las prestaciones, adjuntándolo a la debida facturación.

Dr. FERNANDO J. AQUILA  
DIRECTOR TÉCNICO  
Mat. 1672  
KINE MED S.A.S.