

AGUIAR FRANCISCO/ 6007- AGUIAR GONZALO

15/02/2024

TERRAZA, PABLO ALEJANDRO  
RAFAEL

DNI.: 026245825

COLONIA SUZA - UNCO

B388679

SOLICITO:

FISIOKINESIOTERAPIA 10 SESIONES

OBJETIVOS:

ANALGESIA

ANTIINFLAMACIÓN

RECUPERAR FUNCIÓN

DIAGNÓSTICO: CERVICALGIA

FRANCISCO AGUIAR  
MEDICO  
Mst. 14.112  
Servicio de Ortopedia y Traumatología

12.0045

**COLONIA SUIZA SALUD**  
**Autorizacion de Prestacion Medica****Datos de la Denuncia**

Numero: 02427693/001/00  
Fecha: 10/02/2024 08:23  
Paciente: [26295825] TERRAZA MENDEZ PABLO A  
Direccion: Jose Granados 2550 - LAS HERAS (MENDOZA)  
Telefono: - || 2617055561 (Esposa)  
Tel. Celular: 54 0261- 153395183  
Info Adic: [Altura:-] [Peso:-] [MH: Derecha] [DBT:n/e] [HTA:n/e] [Cla:No] [IM:n/e]

**Datos de la Autorizacion**

Numero: 1656546  
Estado: APROBADA  
Solicitante: Buscarna Rodrigo [16/02/2024][10:01]  
Solicitud: 5 ss cervical  
Diagnostico: LUXACION DE DEDOS DE LA MANO.  
Traslados: NO Solicitados  
Autorizante: Kowlaski Melisa [16/02/2024][11:18]  
Dictamen:  
Fecha Practica: Sin fecha definida  
Centro Medico: KINEMED S.A.S. (FKT), LAS HERAS, MENDOZA

**Prestaciones Solicitadas**

(5) [Columna cervical] 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: 02427693/001/00  
Fecha: 10/02/2024 08:23  
Paciente: [26295825] TERRAZA MENDEZ PABLO A  
Direccion: Jose Granados 2550 - LAS HERAS (MENDOZA)  
Telefono: + | 2617055561 (Esposa)  
Tel. Celular: 54 0261- 153395183  
Info Adic: [Altura:-] [Peso:-] [MH: Derecha] [DBT:n/e] [HTA:n/e] [Cia:No] [IM:n/e]

**Datos de la Autorización**

Numero: 1655355  
Estado: APROBADA  
Solicitante: Buscagna Rodrigo [14/02/2024][15:07]  
Solicitud: 5 es rodilla derecha  
Diagnostico: CONTUSIÓN DE DEDO (S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA (S) UÑA (S).  
Traslados: NO Solicitados  
Autorizante: Simón Valentina [15/02/2024][15:21]  
Dictamen:  
Fecha Practica: Sin fecha definida  
Centro Medico: KINEMED S.A.S. (FKT), LAS HERAS, MENDOZA

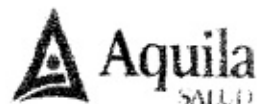
**Prestaciones Solicitadas**

(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 MEDICO KINEMED

## 1. Datos del prestador

Prestador: KINEMED S.A.S. "Aquila Salud" CUIT: 30-71748396-7  
 Domicilio: SARMIENTO 130 Teléfono: 2615111343  
 Localidad: LAS HERAS Provincia: MENDOZA

## 2. Datos del paciente

Nombre y apellido: Terraza Pablo Nº DNI:   
 Domicilio:  Teléfono:   
 Localidad:  Provincia:

## 3. datos de las prestaciones

A: Evaluación Estático-Morfológica al comenzar el tratamiento: Dolor (1 al 10): 6 Sensibilidad alterada: SI NO

<b>Sesión 1</b>	Fecha: <u>14/2/24</u>	Conforme paciente (Firma): <u>[Firma]</u>
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input checked="" type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 2</b>	Fecha: <u>19/2/24</u>	Conforme paciente (Firma): <u>[Firma]</u>
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input checked="" type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 3</b>	Fecha: <u>20/2/24</u>	Conforme paciente (Firma): <u>[Firma]</u>
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input checked="" type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 4</b>	Fecha: <u>20/2/24</u>	Conforme paciente (Firma): <u>[Firma]</u>
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input checked="" type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 5</b>	Fecha: <u>21/2/24</u>	Conforme paciente (Firma): <u>[Firma]</u>
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input checked="" type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 6</b>	Fecha: <u>21/2/24</u>	Conforme paciente (Firma): <u>[Firma]</u>
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 checked="" type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 7</b>	Fecha: <u>22/2/24</u>	Conforme paciente (Firma): <u>[Firma]</u>
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 checked="" type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 8</b>	Fecha: <u>22/2/24</u>	Conforme paciente (Firma): <u>[Firma]</u>
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 checked="" type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 9</b>	Fecha: <u>23/2/24</u>	Conforme paciente (Firma): <u>[Firma]</u>
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 checked="" type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 10</b>	Fecha: <u>23/2/24</u>	Conforme paciente (Firma): <u>[Firma]</u>
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 checked="" type="checkbox"/>	
Evolución diaria		

B: Evaluación Estático-Morfológica al terminar el tratamiento: Dolor (1 al 10): 5 Sensibilidad alterada: SI NO

Lugar y fecha: Las Heras – Mendoza 23/02/2024 Firma y sello profesional: [Firma]

El presente formulario deberá ser cumplido 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  
 KINEMED S.A.S.