



Clínica Francés

AGUIAR FRANCISCO/ 6007- AGUIAR GONZALO

15/02/2024

VAZQUEZ QUIROGA CARLOS JAMER

D.N.I.: 082624791

COLONIA SUZA - UNCO

B 388459

SOLICITO:

FISIOTERAPIA 10 SESIONES PARA REGION
CERVICAL Y LUMBAR

OBJETIVOS:

ANALGESIA

ANTIINFLAMACIÓN

RECUPERAR FUNCIÓN

DIAGNÓSTICO: TRAUMATISMO

FRANCISCO AGUIAR
MÉDICO
15-02-2024
Clínica Francés (Valencia)

COLONIA SUIZA SALUD
Autorización de Prestación Médica



Datos de la Denuncia

Numero: 02427098/001/00
Fecha: 08/02/2024 10:46
Paciente: [32624791] VAZQUEZ QUIROGA CARLOS JAVIER
Direccion: Ortiz 948 - LAS HERAS (MENDOZA)
Telefono: - || -
Tel. Celular: 54 0261- 155884837
Info Adic: [Altura: -] [Peso: -] [MH: Derecha] [DBT:n/e] [HTA:n/e] [Cia:No] [IM:n/e]

Datos de la Autorización

Numero: 1655173
Estado: APROBADA
Solicitante: Quiroga Gimena [14/02/2024][12:49]
Solicitud: 5 FKT PARA CC Y MUÑECA IZQUIERDA.
Diagnostico: CERVICALGIA
Traslados: NO Solicitados
Autorizante: Simón Valentina [14/02/2024][13:51]
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
(5) [Muñeca izquierda] 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 - KINESICO

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: Carlos Vazquez N° DNI: 32624791
 Domicilio: Calle Pedro J. Ortiz 948 - Las Heras Teléfono: 2615884837
 Localidad: Las Heras Provincia: Mendoza

3. datos de las prestaciones

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

Sesión	Fecha	Técnicas utilizadas	Conforme paciente (Firma):
Sesión 1	15/02/24	MAGNETOTERAPIA <input checked="" 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"/>	<i>[Firma]</i>
Sesión 2	15/02/24	MAGNETOTERAPIA <input checked="" 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"/>	<i>[Firma]</i>
Sesión 3	16/2/24	MAGNETOTERAPIA <input checked="" 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"/>	<i>[Firma]</i>
Sesión 4	16/2/24	MAGNETOTERAPIA <input checked="" 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"/>	<i>[Firma]</i>
Sesión 5	19/2/24	MAGNETOTERAPIA <input checked="" 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"/>	<i>[Firma]</i>
Sesión 6	19/2/24	MAGNETOTERAPIA <input checked="" 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"/>	<i>[Firma]</i>
Sesión 7	20/2/24	MAGNETOTERAPIA <input checked="" 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"/>	<i>[Firma]</i>
Sesión 8	20/2/24	MAGNETOTERAPIA <input checked="" 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"/>	<i>[Firma]</i>
Sesión 9	21/2/24	MAGNETOTERAPIA <input checked="" 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"/>	<i>[Firma]</i>
Sesión 10	21/2/24	MAGNETOTERAPIA <input checked="" 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"/>	<i>[Firma]</i>

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

Lugar y fecha: Las Heras - Mendoza 21/2/24 Firma y sello profesional: *[Firma]*

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.