

**COLONIA SUIZA SALUD**  
Autorización de Prestación Médica



**Datos de la Denuncia**

Numero: 02417140/001/00  
Fecha: 08/01/2024 15:03  
Paciente: [40219405] CABRAL GONZALEZ LEONEL MARIANO  
Direccion: Remedios de Escalada de San Martin [Entre Monteagudo y Guido ] - LAS HERAS (MENDOZA)  
Telefono: - || -  
Tel. Celular: 54 0261- 153054193  
Info Adic: [Altura: 0] [Peso: 0] [MH: Derecha] [DBT:n/e] [HTA:n/e] [Cia:No] [IM:n/e]

**Datos de la Autorización**

Numero: 1639810  
Estado: APROBADA  
Solicitante: Nardecchia Fernanda [15/01/2024][08:24]  
Solicitud: 5 ss fkt hombro izquierdo. c cervial, cadera izquierd, tobillo izquierdo  
Diagnostico: TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MÚLTIPLES, NO ESPECIFICADOS.  
Traslados: Solicitados  
Autorizante: Penaloza Graciela [15/01/2024][09:00]  
Dictamen: Accidente vial, presenta: Omalgia izquierda, traumatismo en cadera izquierda, tobillo izquierdo. RMN de hombro izquierdo Y Columna cervical.  
Fecha Practica: Sin fecha definida  
Centro Medico: HADKIMAR SAS, MAIPU, MENDOZA

**Prestaciones Solicitadas**

(5) [Hombro izquierdo] 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) [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) [Cadera] 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) [Tobillo izquierdo] 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



ALTA AUTORIZACIÓN

# 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:	Leonel Cebra	Nº DNI:	40219405
Domicilio:	R. Escalada 5105 Las Heras	Teléfono:	2613054193
Localidad:	Las Heras	Provincia:	Mendoza

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

<b>Sesión 1</b>	Fecha: 15/01/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input checked="" type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 2</b>	Fecha: 15/01/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input checked="" type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 3</b>	Fecha: 15/01/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input checked="" type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 4</b>	Fecha: 15/01/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input checked="" type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 5</b>	Fecha: 16/01/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input checked="" type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 6</b>	Fecha: 16/01/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input checked="" type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 7</b>	Fecha: 16/01/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input checked="" type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 8</b>	Fecha: 16/01/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input checked="" type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 9</b>	Fecha: 17/01/24	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 type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 10</b>	Fecha: 18/01/24	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 type="checkbox"/>	
Evolución diaria		

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

Lugar y fecha: Las Heras - Mendoza 19/01/24

Firma y sello profesional:

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

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.

# 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:	Leonel Cabral	Nº DNI:	40219405
Domicilio:	R. Exaltada SINº Las Heras	Teléfono:	2613054193
Localidad:	Las Heras	Provincia:	Mendoza

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

<b>Sesión 1</b>	Fecha: 12/1/24	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 type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 2</b>	Fecha: 17/1/24	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 type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 3</b>	Fecha: 18/1/24	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 type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 4</b>	Fecha: 13/1/24	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 type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 5</b>	Fecha: 18/1/24	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 type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 6</b>	Fecha: 18/1/24	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 type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
<b>Sesión 7</b>	Fecha: 19/1/24	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		
<b>Sesión 8</b>	Fecha: 19/1/24	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		
<b>Sesión 9</b>	Fecha: 19/1/24	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		
<b>Sesión 10</b>	Fecha: 19/1/24	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		

B: Evaluación Estático-Morfológica al terminar el tratamiento: Dolor (1 al 10): 0 Sensibilidad alterada: SI (NO)

Lugar y fecha: Las Heras - Mendoza 19/1/24 Firma y sello profesional: Dr. FERNANDO J. AQUILA  
DIRECTOR TÉCNICO  
Mat. 1672  
KINE MED S.A.S.

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.