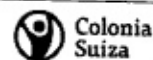


12.004

COLONIA SUIZA SALUD
Autorización de Prestación Médica



Datos de la Denuncia

Numero: 02396058/001/00
Fecha: 04/11/2023 20:49
Paciente: [31643688] AGUIRRE ARANCIBIA RAUL
Direccion: Fray Luis Beltran 2940 [] - LAS HERAS (MENDOZA)
Telefono: - || -
Tel. Celular: 54 0261- 153336880
Info Adic: [Altura:-] [Peso:-] [MH: No Especificado] [DBT:n/e] [HTA:n/e] [Cia:No] [IM:n/e]

Datos de la Autorización

Numero: 1632017
Estado: APROBADA
Solicitante: Buscema Rodrigo [02/01/2024][08:50]
Solicitud: 10 ss fkt mano derecha
Diagnostico: FRACTURA DE OTRO (S) HUESO (S) DEL CARPO.
Traslados: Solicitados
Autorizante: Simón Valentina [02/01/2024][13:24]
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



FORMULARIO DE REHABILITACIÓN - COLONIA SUIZA



CENTRO MÉDICO - 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: **FRANCISCO BILTON** Nº DNI: **3.1643668**
 Domicilio: **2940** Teléfono: **2613326680**
 Localidad: **Las Heras** Provincia: **MZA**

3. datos de las prestaciones

A: Evaluación Estático-Morfológica al comenzar el tratamiento: Dolor (1 al 10): **7** Sensibilidad alterada: SI **NO**

Sesión 1	Fecha: 03/10/14	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		
Sesión 2	Fecha: 04/10/14	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		
Sesión 3	Fecha: 05/10/14	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		
Sesión 4	Fecha: 08/10/14	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		
Sesión 5	Fecha: 09/10/14	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		
Sesión 6	Fecha: 10/10/14	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		
Sesión 7	Fecha: 11/10/14	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		
Sesión 8	Fecha: 12/10/14	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		
Sesión 9	Fecha: 13/10/14	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		
Sesión 10	Fecha: 16/10/14	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 16/10/2014** 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.