

DALLAPE PAUL IVAN 6007 - AGUIAR GONZALO

11/01/2024

CASTRO, CARLOS ALBERTO

DNI.: 028688905

COLONIA SUZA - UNICO

E382054

SOLICITO:

FISIOTERAPIA 10 SESIONES

OBJETIVOS:

ANALGESIA

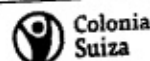
ANTIINFLAMACIÓN

RECUPERAR FUNCIÓN

DIAGNÓSTICO: FRACTURA BASE DE P2 5TO DEDO MANO
IZQ.


Dallapé Paul Ivan
Médico Mat. 14420
Servicio de Ortopedia y Traumatología

COLONIA SUIZA SALUD
Autorizacion de Prestacion Medica



Datos de la Denuncia

Numero: 02406243/001/00
Fecha: 01/12/2023 13:09
Paciente: [28688905] CASTRO CARLOS ALBERTO
Direccion: B° 26 de enero S/N [Manzana 14 - Casa 18] - LAS HERAS (MENDOZA)
Telefono: (0261) 1-5556-4830 || 0261-4471789
Tel. Celular: 54 0261- 155564830
Info Adic: [Altura: 0] [Peso: 0] [MH: Derecha] [DBT:No] [HTA:No] [Cia:No] [IM:No]

Datos de la Autorizacion

Numero: 1632777
Estado: APROBADA
Solicitante: Moreno Lucas [02/01/2024][15:17]
Solicitud: 10 ss fkt dedo meñique mano izq
Diagnostico: FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO.
Traslados: NO Solicitados
Autorizante: Elias Alejandro [02/01/2024][16:33]
Dictamen:
Fecha Practica: Sin fecha definida
Centro Medico: KINEMED S.A.S. (FKT), LAS HERAS, MENDOZA

Prestaciones Solicitadas

(10) [Mano 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 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: Castro Carlos N° DNI: 28688905

Domicilio: Dº 26º, Fº 11/4 C18 Teléfono: 2615564820

Localidad: LAS HERAS Provincia: MENDOZA

3. datos de las prestaciones:

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

Sesión	Fecha	Técnicas utilizadas	Evolución diaria	Conforme paciente (Firma):
Sesión 1	16/01/24	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"/>		
Sesión 2	16/01/24	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"/>		
Sesión 3	17/01/24	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"/>		
Sesión 4	18/01/24	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"/>		
Sesión 5	19/01/24	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"/>		
Sesión 6	22/01/24	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"/>		
Sesión 7	23/01/24	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"/>		
Sesión 8	24/01/24	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"/>		
Sesión 9	25/01/24	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"/>		
Sesión 10	26/01/24	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"/>		

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

Lugar y fecha: Las Heras – Mendoza 26/01/2024 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.

F. 224
Dr. FERNANDO J. AQUILA
DIRECTOR TÉCNICO
Mat. 1672
KINE MED S.A.S.