

COLONIA SUIZA SALUD
Autorización de Prestación Médica



Datos de la Denuncia

Numero: B385791
Fecha: 09/01/2024 18:55
Paciente: [34191088] Díaz Taborda Rodrigo Ivan
Direccion: B JUAN DOMINGO PERON 0 [MZA A CASA 2 Lateral Oeste Acceso Norte entre calle Constitución y Ameghino] - LAS HERAS (MENDOZA)
Telefono: - || -
Tel. Celular: 54 0261- 156189201
Info Adic: [Altura: 0.] [Peso: 0.] [MH: Derecha] [DBT:No] [HTA:No] [Cla:No] [IM:No]

Datos de la Autorización

Numero: 1637370
Estado: APROBADA
Solicitante: Fernandez Paula [10/01/2024][09:23]
Solicitud: 5 ss fkt de mano izquierda
Diagnostico: Traumatismo superficial de la muñeca y de la mano
Traslados: NO Solicitados
Autorizante: Kowlaski Melisa [10/01/2024][10:07]
Dictamen:
Fecha Practica: Sin fecha definida
Centro Medico: KINEMED S.A.S. (FKT), LAS HERAS, MENDOZA

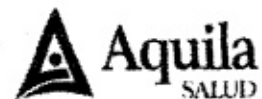
Prestaciones Solicitadas

(5) [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: Rodríguez Díaz Nº DNI: 34191088
 Domicilio: 3° S. D. Paeon 7-A C-2 Teléfono: 2616189201
 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	11/01/24	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"/>		[Firma]
Sesión 2	15/1/24	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"/>		[Firma]
Sesión 3	16/1/24	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"/>		[Firma]
Sesión 4	17/1/24	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"/>		[Firma]
Sesión 5	18/1/24	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"/>		[Firma]
Sesión 6	/ /	MAGNETOTERAPIA <input 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	/ /	MAGNETOTERAPIA <input type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>		
Sesión 8	/ /	MAGNETOTERAPIA <input 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	/ /	MAGNETOTERAPIA <input 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	/ /	MAGNETOTERAPIA <input type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>		

B: Evaluación Estático-Morfológica al terminar el tratamiento: Dolor (1 al 10): 7 Sensibilidad alterada: SI (NO)

Lugar y fecha: Las Heras - Mendoza 18/1/24 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.