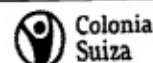


COLONIA SUIZA SALUD
Autorización de Prestación Médica



Datos de la Denuncia

Numero: 02430709/001/00
Fecha: 21/02/2024 08:21
Paciente: [29614511] MONTAA S JAQUELINA A
Direccion: Av Bartolome Mitre 3094 - LAS HERAS (MENDOZA)
Telefono: - || -
Tel. Celular: 54 0261- 156867145
Info Adic: [Altura: 0] [Peso: 0] [MH: Derecha] [DBT:No] [HTA:No] [Cia:No] [IM:No]

Datos de la Autorización

Numero: 1664478
Estado: APROBADA
Solicitante: Nardecchia Fernanda [29/02/2024][14:15]
Solicitud: 5 ss dedo meñique mano izquierd
Diagnostico: CONTUSIÓN DE DEDO (S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA (S) UÑA (S).
Traslados: NO Solicitados
Autorizante: Penaloza Graciela [29/02/2024][14:41]
Dictamen:
Fecha Practica: Sin fecha definida
Centro Medico: KINEMED S.A.S. (FKT) LAS HERAS, MENDOZA

Prestaciones Solicitadas

(5) [Dedos]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

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: JACQUELINE MONTANA Nº DNI: 28614511
Domicilio: Calle Mitre 1308 apto 4to 1º Bto Teléfono: 2616867145
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	Conforme paciente (Firma)
Sesión 1	01/03/24	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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sesión 2	04/03/24	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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sesión 3	05/03/24	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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sesión 4	06/03/24	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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sesión 5	07/03/24	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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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 07/03/24 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
KINEMED S.A.S.