



APELLIDO Y NOMBRE:

D.N.I.:

A.R.T.:

Siniestro:

Rp./

(10) SS FKT DE:

noche de

Fontán

Dx: Fractura

Fecha: 11/12/24

F-008

Av. Costanera 20 - Dorrego - Guymallén Mendoza Tel.: (0261) 4324585
www.cmnogoya.com

SASO E. ALEJANDRO
MEDICO - M.P. 9687
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

COLONIA SUIZA SALUD
Autorización de Prestación Médica



Datos de la Denuncia

Numero: 02334313/001/02
Fecha: 21/11/2023 12:46
Paciente: [37965322] CORNEJO JUAN MARTIN
Direccion: B CEMENTISTA 1 . JACINTO SUAREZ 1025 H6 1 - LAS HERAS (MENDOZA)
Telefono: 2613618077 || -
Tel. Celular: 54 0261- 153618077
Info Adic: [Altura: 0] [Peso: 0] [MH: Derecha] [DBT:n/e] [HTA:n/e] [Cla:No] [IM:n/e]

Datos de la Autorización

Numero: 1634005
Estado: APROBADA
Solicitante: Buscema Rodrigo [04/01/2024][08:30]
Solicitud: 10 ss rodilla derecha
Diagnostico: DESGARRO DE MENISCOS, PRESENTE.
Traslados: Solicitados
Autorizante: Simón Valentina [04/01/2024][13:02]
Dictamen:
Fecha Practica: Sin fecha definida
Centro Medico: KINEMED S.A.S. (FKT), LAS HERAS, MENDOZA

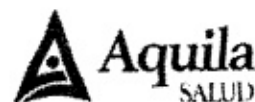
Prestaciones Solicitadas

(10) [Rodilla 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: Cornedo Juan N° DNI: _____
 Domicilio: _____ Teléfono: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____

3. datos de las prestaciones

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

Sesión 1	Fecha: <u>10/1/24</u>	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		
Sesión 2	Fecha: <u>11/1/24</u>	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		
Sesión 3	Fecha: <u>15/1/24</u>	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		
Sesión 4	Fecha: <u>16/1/24</u>	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		
Sesión 5	Fecha: <u>17/1/24</u>	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		
Sesión 6	Fecha: <u>19/1/24</u>	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		
Sesión 7	Fecha: <u>24/1/24</u>	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		
Sesión 8	Fecha: <u>29/1/24</u>	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		
Sesión 9	Fecha: <u>28/1/24</u>	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		
Sesión 10	Fecha: <u>26/1/24</u>	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): 5 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.

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