



AGUIAR FRANCISCO/ 6007- AGUIAR GONZALO

04/01/2024

CASTRO, AGUSTINA
COLONIA SUZA - UNICO

DNI.: 036183774
B383558

SOLICITO

FISIOKINESIOTERAPIA 5 SESIONES

OBJETIVOS

ALGIESIA

ANTIINFLAMACIÓN

RECUPERAR FUNCIÓN

DIAGNÓSTICO: TRAUMATISMO MANO

FRANCISCO AGUIAR
MEDICO
Mat. 14162
Servicio de Ortopedia y Traumatología

COLONIA SUIZA SALUD
Autorizacion de Prestacion Medica



Datos de la Denuncia

Numero: 02410651/001/00
Fecha: 15/12/2023 09:51
Paciente: [35183774] CASTRO LIOY AGUSTINA
Direccion: SUCRE 2184 3 - LAS HERAS (MENDOZA)
Telefono: - || -
Tel. Celular: 54 0261- 156095450
Info Adic: [Altura: 0] [Peso: 0] [MH: Derecha] [DBT:No] [HTA:No] [Cla:No] [IM:No]

Datos de la Autorizacion

Numero: 1634417
Estado: APROBADA
Solicitante: Moreno Lucas [04/01/2024][12:32]
Solicitud: 5 ss de fkt de mano derecha
Diagnostico: CONTUSIÓN DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO.
Traslados: NO Solicitados
Autorizante: Elias Alejandro [04/01/2024][14:32]
Dictamen:
Fecha Practica: Sin fecha definida
Centro Medico: KINEMED S.A.S. (FKT), LAS HERAS, MENDOZA

Prestaciones Solicitadas

(5) [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"
 Domicilio: SARMIENTO 130
 Localidad: LAS HERAS

 CUIT: 30-71748396-7

 Teléfono: 2615111343

 Provincia: MENDOZA

2. Datos del paciente

 Nombre y apellido: CASANO, Patricia
 Domicilio: Juan de los Rios 2180
 Localidad: Las Heras

 N° DNI: 35.183.224

 Teléfono: 2616008920

 Provincia: Mendoza

3. datos de las prestaciones

A: Evaluación Estático-Morfológica al comenzar el tratamiento:

 Dolor (1 al 10): 7 Sensibilidad alterada: SI NO

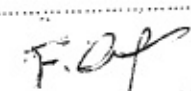
Sesión	Fecha	Técnicas utilizadas	Evolución diaria	Conforme paciente (Firma)
Sesión 1	5/1/24	MAGNETOTERAPIA <input type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>		
Sesión 2	8/1/24	MAGNETOTERAPIA <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 3	9/1/24	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 4	10/1/24	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 5	11/1/24	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 6	12/1/24	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	15/1/24	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): 5 Sensibilidad alterada: SI NO

 Lugar y fecha: Las Heras - Mendoza 15/1/24 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.