

13:0045

**COLONIA SUIZA SALUD**  
Autorizacion de Prestacion Medica**Datos de la Denuncia**

Numero: 02416331/001/00  
Fecha: 04/01/2024 21:47  
Paciente: [26190704] GIURA MENDIBURU DANIELA  
Direccion: Almirante Brown 0 [Manz H, Duplex 11 Norte.Barrio Solares de Brown] - LAS HERAS (MENDOZA)  
Telefono: 0  
Tel. Celular: 54 0261- 155517965  
Info Adic: [Altura:-] [Peso:-] [MH: Derecha] [DBT:No] [HTA:No] [Cla:n/e] [IM:No]

**Datos de la Autorizacion**

Numero: 1636457  
Estado: APROBADA  
Solicitante: Fernandez Paula [08/01/2024][16:25]  
Solicitud: 5 ss fkt tobillo izq  
Diagnostico: OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DEL PIE Y DEL TOBILLO.  
Traslados: Solicitados  
Autorizante: Elias Alejandro [09/01/2024][11:43]  
Dictamen:  
Fecha Practica: Sin fecha definida  
Centro Medico: KINEMED S.A.S. (FKT), LAS HERAS, MENDOZA

**Prestaciones Solicitadas**

(5) [Tobillo izquierdo]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



4 00016 86457 6

# FORMULARIO DE REHABILITACIÓN – COLONIA SUIZA



CENTRO MÉDICO - KINESIOLÓGICO

## 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: **Danielo Givra** Nº DNI: **26190704**  
 Domicilio: **Av. Solares de Givra 1111 N.º 11** Teléfono: **2615517865**  
 Localidad: **Las Heras** Provincia: **Mendoza**

## 3. datos de las prestaciones

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

Sesión	Fecha	Técnicas utilizadas	Evolución diaria	Conforme paciente (Firma)
Sesión 1	11/1/24	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"/>		<i>[Firma]</i>
Sesión 2	12/1/24	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"/>		<i>[Firma]</i>
Sesión 3	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"/>		<i>[Firma]</i>
Sesión 4	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"/>		<i>[Firma]</i>
Sesión 5	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 type="checkbox"/>		<b>NO ASISTIO</b>
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): Sensibilidad alterada: SI NO

**NO SE EVALUÓ POR AUSENCIA DEL PACIENTE**

Lugar y fecha: **Las Heras – Mendoza 17/01/24** 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.