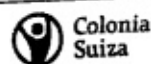


COLONIA SUIZA SALUD
Autorizacion de Prestacion Medica



Datos de la Denuncia

Numero: 02335945/001/01
Fecha: 27/12/2023 12:07
Paciente: [29385792] DI SILVESTRE ANA LAURA
Direccion: BOLIVIA 451 - LAS HERAS (MENDOZA)
Telefono: 0 || 0
Tel. Celular: 54 0261- 155594170
Info Adic: [Altura: -] [Peso: -] [MH: Derecha] [DBT:n/e] [HTA:n/e] [Cia:No] [IM:n/e]

Datos de la Autorizacion

Numero: 1642427
Estado: APROBADA
Solicitante: Quiroga Gimena [18/01/2024][15:34]
Solicitud: 5 FKT rodilla izq y ambos hombros.
Diagnostico: BURSITIS DE RODILLA
Traslados: NO Solicitados
Autorizante: Simón Valentina [18/01/2024][15:40]
Dictamen:
Fecha Practica: Sin fecha definida
Centro Medico: KINEMED S.A.S. (FKT), LAS HERAS, MENDOZA

Prestaciones Solicitadas

(5) [Rodilla 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
(5) [Hombro derecho] 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
(5) [Hombro 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 42427 0



FORMULARIO DE REHABILITACIÓN - COLONIA SUIZA

CENTRO MÉDICO - KINÉSICO

Prestador:	KINEMED S.A.S. "Aquila Salud"	CUIT:	30-71748396-7
Domicilio:	SARMIENTO 130	Teléfono:	2615111343
Localidad:	LAS HERAS	Provincia:	MENDOZA
Nombre y apellido:	Ana Laura Di Silvestre	N° DNI:	29085792
Domicilio:	Bolivia 461	Teléfono:	2615584130
Localidad:	LH	Provincia:	Mz

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

Sesión 1	Fecha: 22/01/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	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"/>	
Evolución diaria		
Sesión 2	Fecha: 22/01/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	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"/>	
Evolución diaria		
Sesión 3	Fecha: 22/01/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	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"/>	
Evolución diaria		
Sesión 4	Fecha: 23/01/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	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"/>	
Evolución diaria		
Sesión 5	Fecha: 23/01/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	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"/>	
Evolución diaria		
Sesión 6	Fecha: 23/01/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	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"/>	
Evolución diaria		
Sesión 7	Fecha: 24/01/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	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"/>	
Evolución diaria		
Sesión 8	Fecha: 24/01/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	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"/>	
Evolución diaria		
Sesión 9	Fecha: 24/01/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	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"/>	
Evolución diaria		
Sesión 10	Fecha: 25/01/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	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"/>	
Evolución diaria		

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

Lugar y fecha: Las Heras - Mendoza 26/01/24 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
KINEMED S.A.S.



FORMULARIO DE REHABILITACIÓN - COLONIA SUIZA

CENTRO MEDICO - KINESICO

Prestador: KINEMED S.A.S. "Aquila Salud" CUIT: 30-71748396-7
Domicilio: SARMIENTO 130 Teléfono: 2615111343
Localidad: LAS HERAS Provincia: MENDOZA

Nombre y apellido: Ana Laura Di Silvestra N° DNI: 29385792
Domicilio: Belvis 461 Teléfono: 2615584130
Localidad: LH Provincia: Mza.

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

Sesión	Fecha	Técnicas utilizadas	Conforme paciente (Firma)
Sesión 1	23/11/24	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"/>	
Evolución diaria			
Sesión 2	23/11/24	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"/>	
Evolución diaria			
Sesión 3	26/11/24	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"/>	
Evolución diaria			
Sesión 4	26/11/24	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"/>	
Evolución diaria			
Sesión 5	26/11/24	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"/>	
Evolución diaria			
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"/>	
Evolución diaria			
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"/>	
Evolución diaria			
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"/>	
Evolución diaria			
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"/>	
Evolución diaria			
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"/>	
Evolución diaria			

B: Evaluación Estático-Morfológica al terminar el tratamiento: Dolor (1 al 10): 8 Sensibilidad alterada: SI (NO)

Lugar y fecha: Las Heras - Mendoza 26/01/24 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
Mpt. 1672
KINE MED S.A.S.