

Unica Francesa

Colón 567 - (3500) Ciudad  
Mendoza - Argentina

RpJ

Santh Argent

Col. huge 35841393

to 5 F/OT - hours ch

5 F/OT - words ch

2a hora

26/01/24

Dr. SANCHEZ MATIAS  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
MEDICO - U.N. Cuyo  
M.P. 10802

Turnos whatsapp: 2616930165

**COLONIA SUIZA SALUD**  
**Autorizacion de Prestacion Medica**



**Datos de la Denuncia**

Numero: 02422052/001/00  
Fecha: 24/01/2024 09:17  
Paciente: [35841398] SANCHEZ MEZA MIGUEL ALDO  
Direccion: ARISTOBULO DEL VALLE 1030 - LAS HERAS (MENDOZA)  
Telefono: - || -  
Tel. Celular: 54 0261- 152133506  
Info Adic: [Altura: 0] [Peso: 0] [MH: Derecha] [DBT:No] [HTA:No] [Cla:No] [IM:No]

**Datos de la Autorizacion**

Numero: 1646242  
Estado: APROBADA  
Solicitante: Dominguez Eugenia [25/01/2024][14:13]  
Solicitud: 5ss hombro y codo der  
Diagnostico: CONTUSIÓN DEL HOMBRO Y DEL BRAZO  
Traslados: NO Solicitados  
Autorizante: Penaloza Graciela [25/01/2024][14:37]  
Dictamen:  
Fecha Practica: Sin fecha definida  
Centro Medico: KINEMED S.A.S. (FKT), LAS HERAS, MENDOZA

**Prestaciones Solicitadas**

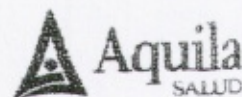
(5) [Hombro derecho]25.01.01 AGENTES FISICOS, FISIOTERAPIA, HORNO DE BIER, RAYOS, INFRARROJOS, HIDROTERAPIA, PARAFINA, FOMENTACIONES, CRIOTERAPIA, RAYOS ULTRAVIOLETAS, ELECTROTERAPIA EN CUALQUIERA DE SUS FORMAS, ONDA CORTA, MICROONDAS, TRACCION CERVICAL O PELVICA, ULTRASONIDO, I  
(5) [Codo derecho]25.01.01 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

TODAS LAS PRESTACIONES QUEDAN SUJETAS A POSTERIOR AUDITORIA DE HISTORIA CLINICA, CONTRACTUAL Y DE FACTURACION



4 00016 46242 5





# FORMULARIO DE REHABILITACIÓN - COLONIA SUIZA

CENTRO MÉDICO KINESILO

1. Datos del prestador:		CUIT:	30-71748396-7
Prestador:	KINEMED S.A.S. "Aquila Salud"	Teléfono:	2615111343
Domicilio:	SARMIENTO 130	Provincia:	MENDOZA
Localidad:	LAS HERAS		
2. Datos del paciente:		Nº DNI:	35241398
Nombre y apellido:	Miguel Aldo Sanchez Mora	Teléfono:	2612133506
Documento:	Analisis del celular 1030	Provincia:	Mendoza
Localidad:	C.T. Alzaveral Las Heras		
3. Fecha de las primeras y últimas sesiones:			
4. Evaluación Estático-Morfológica al comenzar el tratamiento:		Dolor (1 al 10):	0
		Sensibilidad alterada:	SI NO

Sesión 1	Fecha:	01/02/24	Conforme paciente (Firma):	
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO ESTIANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>			
Evolución diaria				
Sesión 2	Fecha:	01/02/24	Conforme paciente (Firma):	
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO ESTIANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>			
Evolución diaria				
Sesión 3	Fecha:	2/2/24	Conforme paciente (Firma):	
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO ESTIANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>			
Evolución diaria				
Sesión 4	Fecha:	2/2/24	Conforme paciente (Firma):	
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO ESTIANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>			
Evolución diaria				
Sesión 5	Fecha:	5/2/24	Conforme paciente (Firma):	
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO ESTIANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>			
Evolución diaria				
Sesión 6	Fecha:	5/2/24	Conforme paciente (Firma):	
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO ESTIANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>			
Evolución diaria				
Sesión 7	Fecha:	6/2/24	Conforme paciente (Firma):	
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO ESTIANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>			
Evolución diaria				
Sesión 8	Fecha:	6/2/24	Conforme paciente (Firma):	
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO ESTIANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>			
Evolución diaria				
Sesión 9	Fecha:	7/2/24	Conforme paciente (Firma):	
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO ESTIANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>			
Evolución diaria				
Sesión 10	Fecha:	7/2/24	Conforme paciente (Firma):	
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO ESTIANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>			
Evolución diaria				

5. Evaluación Estático-Morfológica al terminar el tratamiento:	Dolor (1 al 10):	0	Sensibilidad alterada:	SI NO
--	------------------	---	------------------------	-------

Lugar y fecha: Las Heras - Mendoza 7/2/24 Firma y sello profesional: \_\_\_\_\_

El presente formulario deberá ser completado en su totalidad por el prestador, firmado por el profesional, por el profesional y remitido a la ART al término de las prestaciones, adjuntándolo a la documentación.

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