

COLONIA SUIZA SALUD
Autorizacion de Prestacion Medica



Datos de la Denuncia

Numero: 02417813/001/00
Fecha: 10/01/2024 07:55
Paciente: [34747970] FERNANDEZ GALDAME DIEGO ARTURO
Direccion: Monteagudo 2232 [Casa] - LAS HERAS (MENDOZA)
Telefono: - || -
Tel. Celular: 54 0261- 152483584
Info Adic: [Altura: 0] [Peso: 0] [MH: Derecha] [DBT:No] [HTA:No] [Cla:No] [IM:No]

Datos de la Autorizacion

Numero: 1639480
Estado: APROBADA
Solicitante: Nardecchia Fernanda [12/01/2024][13:15]
Solicitud: 5 ss fkt rodilla izquierda , muñeca derecha
Diagnostico: CONTUSIÓN DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA.
Traslados: Solicitados
Autorizante: Penaloza Graciela [12/01/2024][14:02]
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) [Muñeca 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 - 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: **Fernando Deza Antonio** N° DNI: **34747970**
 Domicilio: **Monteagudo 7332 Las Heras** Teléfono: **2612483584**
 Localidad: **El Plumerillo, Las Heras** Provincia: **Mendoza**

A: Evaluación Estático-Morfológica al comenzar el tratamiento: Dolor (1 al 10): **7** Sensibilidad alterada: **SI NO**

Sesión 1	Fecha: 15/01/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
Sesión 2	Fecha: 15/1/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
Sesión 3	Fecha: 16/1/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
Sesión 4	Fecha: 16/1/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
Sesión 5	Fecha: 17/1/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
Sesión 6	Fecha: 17/1/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
Sesión 7	Fecha: 18/1/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
Sesión 8	Fecha: 18/1/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
Sesión 9	Fecha: 19/1/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
Sesión 10	Fecha: 19/01/24	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	MAGNETOTERAPIA <input checked="" type="checkbox"/> I.R. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> ELECTRO EST/ANALG <input type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input 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 19/01/2024** 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.