

**COLONIA SUIZA SALUD**  
**Autorización de Prestación Médica**



**Datos de la Denuncia**

Numero: 02422298/001/00  
Fecha: 25/01/2024 07:29  
Paciente: [16616740] VALDEOMILLOS LAURA BEATRIZ  
Direccion: San Juan 2142 [Barrio Tamarindo I - EL PLUMERILLO] - EL PLUMERILLO (MENDOZA)  
Telefono: 0261-4483879 || -  
Tel. Celular: 54 0261- 156614284  
Info Adic: [Altura: 0.] [Peso: 0.] [MH: Derecha] [DBT:n/e] [HTA:n/e] [Cla:SI] [IM:No]

**Datos de la Autorización**

Numero: 1649464  
Estado: APROBADA  
Solicitante: Donoso Carina [31/01/2024][16:51]  
Solicitud: dedo pequeño del pie  
Diagnostico: FRACTURA DE LOS HUESOS DE OTRO (S) DEDO (S) DEL PIE.  
Traslados: NO Solicitados  
Autorizante: Simón Valentina [31/01/2024][18:24]  
Dictamen:  
Fecha Practica: Sin fecha definida  
Centro Medico: HOSPITAL ITALIANO DE MENDOZA (FINAMED S.A.), SAN JOSÉ, MENDOZA

**Prestaciones Solicitadas**

(10) [Dedos]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" CUIT: 30-71748396-7  
 Domicilio: SARMIENTO 130 Teléfono: 2615111343  
 Localidad: LAS HERAS Provincia: MENDOZA

## 2. Datos del paciente

Nombre y apellido: Valdeomillos Laura Nº DNI: 16616740  
 Domicilio: Teléfono:  
 Localidad: Provincia:

## 3. Datos de las prestaciones

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

Sesión	Fecha	Técnicas utilizadas	Conforme paciente (Firma)
Sesión 1	8/2/24	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"/>	Waldo Leites
Sesión 2	9/2/24	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"/>	Waldo Leites
Sesión 3	14/2/24	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"/>	Waldo Leites
Sesión 4	15/2/24	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"/>	No se evaluó
Sesión 5	16/2/24	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"/>	No se evaluó
Sesión 6	19/2/24	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"/>	No se evaluó
Sesión 7	20/2/24	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"/>	No se evaluó
Sesión 8	21/2/24	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"/>	No se evaluó
Sesión 9	22/2/24	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"/>	No se evaluó
Sesión 10	23/2/24	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"/>	No se evaluó

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

NO se evalúa por inasistencia

Lugar y fecha: Las Heras – Mendoza 14/02/2024 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  
 KINEMED S.A.S.