

12:00hrs



GONZALEZ IGNACIO DANIEL

19/12/2023

MANZANELI, PRISCILA ESTEFANIA

D.N.I.: 036349410

COLONIA SUIZA - UNICO

B 371644

STO

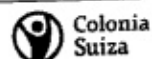
FKT 15 SESIONES PARA CADERA IZQUIERDA CON
TRASLADO EN REMIS IDA Y VUELTA

- MOVILIDAD DE RÓDILLA Y CADERA MAXIMA
- FORTALECIMIENTO DE GLUTEOS Y CUADRICEPS
- RGA 100%
- ESTIMULACION

DG: FRACTURA DE ACETABULO IZQ
LUXACION DE CADERA

IGNACIO GONZALEZ
MEDICO
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA
MAT 11633

COLONIA SUIZA SALUD
Autorizacion de Prestacion Medica



Datos de la Denuncia

Numero: 02372976/002/00
Fecha: 08/09/2023 05:56
Paciente: [36349410] MANZANELI SAALETH PRICILA ESTEFANIA
Direccion: Barrio Integracion 0 [MZA F Casa 5] - LAS HERAS (MENDOZA)
Telefono: 0261155932473 ||
Tel. Celular: 54 0261- 155350064
Info Adic: [Altura: 0.] [Peso: 0.] [MH: Derecha] [DBT:n/e] [HTA:n/e] [Cla:No] [IM:n/e]

Datos de la Autorizacion

Numero: 1630891
Estado: APROBADA
Solicitante: Buscema Rodrigo [29/12/2023][08:15]
Solicitud: 15 de cadera izq
Diagnostico: FRACTURA DEL ACETÁBULO.
Traslados: Solicitados
Autorizante: Simón Valentina [29/12/2023][08:55]
Dictamen:
Fecha Practica: Sin fecha definida
Centro Medico: KINEMED S.A.S. (FKT), LAS HERAS, MENDOZA

Prestaciones Solicitadas

(15) [Cadera]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 KINESIOLÓGICO

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

Nombre y apellido: **Pisolo Marcelo** N° DNI: **36348470**
 Domicilio: **8° Calle 1225 N° 15 C.5** Teléfono: **155350067**
 Localidad: **Las Heras** Provincia: **Mendoza**

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

Sesión	Fecha	Técnicas utilizadas	Evolución diaria	Conforme paciente (Firma)
Sesión 1	3/1/24	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"/>		[Firma]
Sesión 2	4/1/24	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"/>		[Firma]
Sesión 3	5/1/24	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"/>		[Firma]
Sesión 4	8/1/24	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"/>		[Firma]
Sesión 5	9/1/24	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"/>		[Firma]
Sesión 6	10/1/24	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"/>		[Firma]
Sesión 7	11/1/24	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"/>		[Firma]
Sesión 8	12/1/24	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"/>		[Firma]
Sesión 9	15/1/24	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"/>		[Firma]
Sesión 10	16/1/24	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"/>		[Firma]

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

Lugar y fecha: **Las Heras - Mendoza 16/1/24** Firma y sello profesional: **Dr. FERNANDO J. AQUILA**

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.

DIRECTOR TÉCNICO
 Mpt. 1672
 KINE MED S.A.S.

FORMULARIO DE REHABILITACIÓN - COLONIA SUIZA



CENTRO MÉDICO KINESIOLÓGICO

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

Nombre y apellido: **Manzanelli Patricia** N° DNI: **36349410**
 Domicilio: **Dº Integración MECS** Teléfono:
 Localidad: **LAS HERAS** Provincia: **MENDOZA**

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

Sesión 1	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 checked="" type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
Sesión 2	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 checked="" type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
Sesión 3	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 checked="" type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
Sesión 4	Fecha: 21/1/24	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 checked="" type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
Sesión 5	Fecha: 23/1/24	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 checked="" type="checkbox"/>	
Evolución diaria		
Sesión 6	Fecha: / /	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	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	Fecha: / /	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	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	Fecha: / /	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	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	Fecha: / /	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	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	Fecha: / /	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	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): **7** Sensibilidad alterada: SI **NO**

Lugar y fecha: **Las Heras - Mendoza 23/1/24** 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.