



Clínica Francisco

MANRIQUEZ ALAN 6007 - AGUIAR GONZALO

28/12/2023

CASTRO, CARLOS ALBERTO

DNI: 028-111105

COLONIA SUZA - UNCO

E382064

sto

10 sesiones de fkt magneto

dx fx de base de f2 5to dedo mano izq

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



**Datos de la Denuncia**

Numero: 02406243/001/00  
Fecha: 01/12/2023 13:09  
Paciente: [28688905] CASTRO CARLOS ALBERTO  
Direccion: B° 26 de enero S/N [Manzana 14 - Casa 18] - LAS HERAS (MENDOZA)  
Telefono: (0261) 1-5556-4830 || 0261-4471789  
Tel. Celular: 54 0261- 155564830  
Info Adic: [Altura: 0] [Peso: 0] [MH: Derecha] [DBT:No] [HTA:No] [Cla:No] [IM:No]

**Datos de la Autorización**

Numero: 1632777  
Estado: APROBADA  
Solicitante: Moreno Lucas [02/01/2024][15:17]  
Solicitud: 10 ss fkt dedo meñique mano izq  
Diagnostico: FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO.  
Traslados: NO Solicitados  
Autorizante: Elias Alejandro [02/01/2024][16:33]  
Dictamen:  
Fecha Practica: Sin fecha definida  
Centro Medico: KINEMED S.A.S. (FKT), LAS HERAS, MENDOZA

**Prestaciones Solicitadas**

(10) [Mano 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

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: CARLOS CRISTINO Nº DNI: 20688905  
 Domicilio: Q 26 de Mayo 114 C18 Teléfono: 2615564830  
 Localidad: LAS HERAS Provincia: MENDOZA

## 3. Datos de la lesión

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

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

B: Evaluación Estático-Morfológica al terminar el tratamiento: Dolor (1 al 10): 9 Sensibilidad alterada: SI NO

Lugar y fecha: Las Heras - Mendoza 15/01/24 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. AGUILA  
 DIRECTOR TÉCNICO  
 Mat. 1672  
 KINE MED S.A.S.