

18:00hs

COLONIA SUIZA SALUD
Autorización de Prestación Médica**Datos de la Denuncia**

Numero: 02408585/001/00
Fecha: 10/12/2023 21:33
Paciente: [29425148] RODRIGUEZ GUILLERMO SEBASTIAN
Direccion: Almafuerite y Lezcano paz [mz I casa 1. Barrio 12 de junio] - LAS HERAS (MENDOZA)
Telefono: - || 0
Tel. Celular: 54 0261- 156909979
Info Adic: [Altura:-] [Peso:-] [MH: No Especificado] [DBT:n/e] [HTA:n/e] [Cla:No] [IM:No]

Datos de la Autorización

Numero: 1648599
Estado: APROBADA
Solicitante: Fernandez Paula [30/01/2024][16:00]
Solicitante: 15 ss fkt mano derecha
Diagnostico: TRAUMATISMO DE TENDÓN Y MÚSCULO A NIVEL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO
Tratamiento: NO Solicitados
Autorizante: Kowlaski Melisa [31/01/2024][08:25]
O de la: Sin fecha definida
Fecha Practica: Sin fecha definida
Centro Medico: KINEMED S.A.S. (FKT), LAS HERAS, MENDOZA

Prestaciones Solicitadas

(15) [Mano 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

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: **Rodrigo G. Llanu** N° DNI: **2942144**
 Domicilio: **Parque 12 de junio** Teléfono: **2616909921**
 Localidad: **Las Heras** Provincia: **Mendoza**
 Evaluación Estático-Morfológica al comenzar el tratamiento: Dolor (1 al 10): **7** Sensibilidad alterada: **SI** (NO)

Sesión 1	Fecha: 31/01/24	Conforme paciente (Firma): <i>[Firma]</i>
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: 1/2/24	Conforme paciente (Firma): <i>[Firma]</i>
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 3	Fecha: 02/02/24	Conforme paciente (Firma): <i>[Firma]</i>
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 4	Fecha: 05/02/24	Conforme paciente (Firma): <i>[Firma]</i>
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 5	Fecha: 06/02/24	Conforme paciente (Firma): <i>[Firma]</i>
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 6	Fecha: 07/02/24	Conforme paciente (Firma): <i>[Firma]</i>
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: 08/02/24	Conforme paciente (Firma): <i>[Firma]</i>
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: 09/02/24	Conforme paciente (Firma): <i>[Firma]</i>
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: 14/02/24	Conforme paciente (Firma): <i>[Firma]</i>
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: 15/2/24	Conforme paciente (Firma): <i>[Firma]</i>
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		

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

Fecha y lugar: **Las Heras - Mendoza 26/2/24** Firma y sello profesional: *[Firma]*
 Este formulario deberá ser completado en su totalidad por el prestador, firmado por el profesional, y remitido a la ART, al término de las prestaciones, adjuntándolo a la facturación.
Dr. FERNANDO V. AQUILA
 DIRECTOR TÉCNICO
 Mat. 1672
 KINEMED S.A.S.

FORMULARIO DE REHABILITACIÓN - COLONIA SUIZA



CENTRO MÉDICO - KINESIOLÓGICO

Prestador:	KINEMED S.A.S. "Aquila Salud"	CUIT:	30-71748398-7
Domicilio:	SARMIENTO 130	Teléfono:	2615111343
Localidad:	LAS HERAS	Provincia:	MENDOZA
Nombre y apellido:	Rodriguez Guillermo	Nº DNI:	29725.141
Domicilio:	Posio 12 de junio	Teléfono:	(261) 690 9979
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: 16/2/24	Conforme paciente (Firma):	[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 2	Fecha: 19/2/24	Conforme paciente (Firma):	[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 3	Fecha: 20/2/24	Conforme paciente (Firma):	[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 4	Fecha: 24/2/24	Conforme paciente (Firma):	[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 5	Fecha: 22/2/24	Conforme paciente (Firma):	[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 6	Fecha: 1/3/24	Conforme paciente (Firma):	[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: 25/2/24	Conforme paciente (Firma):	[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	Recupera 25/4/24		
Sesión 8	Fecha: 1/3/24	Conforme paciente (Firma):	[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: 1/3/24	Conforme paciente (Firma):	[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: 1/3/24	Conforme paciente (Firma):	[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): 5 Sensibilidad alterada: SI NO

Lugar y fecha: Las Heras - Mendoza 26/2/24 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 copia de facturación.

Dr. FERNANDO AQUILA
DIRECTOR TÉCNICO
Mpt. 1672
KINE MED S.A.S.