



APELLIDO Y NOMBRE: Morales

forza
D.N.I.: 34121230

A.R.T.: Col Sur

Siniestro: _____

Rp./

(10) SS FKT DE:

Morales 170

Morales Desplazamiento

Dx: Esguine LLI

Fecha: 19/01/24

DR. ALEJANDRO
MÉDICO M.P. 6651
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA
F-008

Av. Costanera 20 - Dorrego - Guymallén Mendoza - Tel.: (0261) 4324585
www.cmnogoya.com

FORMULARIO DE REHABILITACIÓN - COLONIA SUIZA



CENTRO MEDICO COLONIA SUIZA

1. Datos del prestador

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

2. Datos del paciente

Nombre y apellido: Jorge Morales Nº DNI: - 34191280
 Domicilio: Bjardin Marroquina M27CS Teléfono: - 2612557730
 Localidad: Los Heras Provincia: Mendoza

3. datos de las prestaciones

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

Sesión 1	Fecha: <u>27/02/24</u>	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	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"/>	
Evolución diaria		
Sesión 2	Fecha: <u>28/2/24</u>	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	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"/>	
Evolución diaria		
Sesión 3	Fecha: <u>29/2/24</u>	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	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"/>	
Evolución diaria		
Sesión 4	Fecha: <u>1/3/24</u>	Conforme paciente (Firma):
Técnicas utilizadas	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"/>	
Evolución diaria		
Sesión 5	Fecha: <u>04/03/24</u>	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	<u>ALTA MÉDICA</u>	
Sesión 6	Fecha: <u>/ /</u>	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: <u>/ /</u>	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: <u>/ /</u>	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: <u>/ /</u>	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: <u>/ /</u>	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): Sensibilidad alterada: SI NO

NO SE EVALUA POR ALTA MÉDICA

Lugar y fecha: Las Heras - Mendoza 04/03/24

Firma y sello profesional:

El presente formulario deberá ser completado en su totalidad por el prestador, firmado por el
 prestador, por el profesional, y remitido a la ART al término de las prestaciones, adjuntándolo a la
 misma documentación.

Dr. FERNANDO J. AQUILA
 DIRECTOR TÉCNICO
 Mat. 1672
 KINEMED S.A.S.

COLONIA SUIZA SALUD
Autorización de Prestación Médica



Datos de la Denuncia

Numero: 02424220/001/00
Fecha: 30/01/2024 14:19
Paciente: [34191280] MORALES JORGE VICTOR
Direccion: Newin 00 [B° Jardín Aeroparque M 27 Casa 5 Calle Guanacachi] - LAS HERAS (MENDOZA)
Telefono: - || 0261-153089148
Tel. Celular: 54 0261- 15255773
Info Adic: [Altura: 0] [Peso: 0] [MH: Derecha] [DBT:No] [HTA:No] [Cla:No] [IM:No]

Datos de la Autorización

Numero: 1659689
Estado: APROBADA
Solicitante: Fernandez Paula [22/02/2024][09:51]
Solicitud: 10 ss fkt rodilla izq
Diagnostico: ESGUINCES Y DESGARROS DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA RODILLA.
Traslados: NO Solicitados
Autorizante: Kowlaski Melisa [22/02/2024][11:44]
Dictamen:
Fecha Practica: Sin fecha definida
Centro Medico: KINEMED S.A.S. (FKT), LAS HERAS, MENDOZA

Prestaciones Solicitadas

(10) [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

TODAS LAS PRESTACIONES QUEDAN SUJETAS A POSTERIOR AUDITORIA DE HISTORIA CLINICA, CONTRACTUAL Y DE FACTURACION

