

COLONIA SUIZA SALUD
Autorización de Prestación Médica



Datos de la Denuncia

Numero: 02420675/001/00
Fecha: 18/01/2024 22:22
Paciente: [41643733] DE LA ROSA MARIA FERNANDA
Direccion: Cristo redentor y las violetas 0 [manzana 8 - casa 7-Barrio Aeroparque.] - MENDOZA (MENDOZA)
Telefono: - || -
Tel. Celular: 54 0261- 157099073
Info Adic: [Altura:-] [Peso:-] [MH: Derecha] [DBT:n/e] [HTA:n/e] [Cia:No] [IM:n/e]

Datos de la Autorización

Numero: 1642867
Estado: APROBADA
Solicitante: Fernandez Paula [19/01/2024][12:01]
Solicitud: 5 ss fkt tobillo derecho
Diagnostico: ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO
Traslados: Solicitados
Autorizante: Pizzi Fabio [19/01/2024][14:58]
Dictamen:
Fecha Practica: Sin fecha definida
Centro Medico: KINEMED S.A.S. (FKT), LAS HERAS, MENDOZA

Prestaciones Solicitadas

(5) [Tobillo derecho]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 - KINESICOL

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

Nombre y apellido: de la Rosa Maria Fernanda N° DNI: 41.643.733
 Domicilio: Bº Aeroparque 1807 el Challaro Teléfono: 2617099073
 Localidad: Las Heras Provincia: Mendoza

A: Evaluación Estático-Morfológica al comenzar el tratamiento: Dolor (1 al 10): 4 Sensibilidad alterada: SI (NO)

Sesión 1	Fecha: <u>26/1/24</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 type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>	<u>[Firma]</u>
Evolución diaria		
Sesión 2	Fecha: <u>29/1/24</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 type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>	<u>[Firma]</u>
Evolución diaria		
Sesión 3	Fecha: <u>30/1/24</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 type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>	<u>[Firma]</u>
Evolución diaria		
Sesión 4	Fecha: <u>31/1/24</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 type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>	<u>[Firma]</u>
Evolución diaria		
Sesión 5	Fecha: <u>01/02/24</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 type="checkbox"/> GIMNASIA MÉDICA <input checked="" type="checkbox"/>	<u>[Firma]</u>
Evolución diaria		
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): 6 Sensibilidad alterada: SI (NO)

Lugar y fecha: Las Heras - Mendoza 01/02/24 Firma y sello profesional: [Firma]
 Dr. FERNANDO J. AQUILA
 DIRECTOR TÉCNICO
 Mat. 1672
 KINE MED S.A.S.

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.