

Nº Caso/siniestro:……….….…………FKT



/

T.O.

Nombre y Apellido:…………………………………………………. CUIL/DNI:………………………….. Puesto de trabajo :…………………….

Fecha de accidente:………./………./………. Lugar del accidente (laboral/In itinere, etc.):……………………Traslado: R / TP / Ambulancia

Mecanismo del accidente:………………………………………………………………. Fecha de ingreso a Centro Médico:……/….…/……..

Fecha Qx (cirugía:…...../……/……..…Fecha de indicación:………./………./………. Cantidad de sesiones:…………………………………..

Fecha de Inicio:………/………./………. Fecha de término:………./………./……….

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………

SOLICITO:

………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Firma y sello del Médico derivante

Por la presente y con carácter de consentimiento informado, presto conformidad para que el profesional actuante realice la cantidad de sesiones indicadas. He sido debidamente informado y he comprendido los detalles y las características de los procedimientos indicados. Se me han explicado todos los posibles riesgos y los posibles beneficios y estoy de acuerdo con la realización del tratamiento propuesto.

Firma y aclaración del paciente Firma y sello del profesional tratante

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| EVALUACIÓN INICIAL (ANAMNESIS Y EVALUACION FKT):                  Fecha Control Médico: | | |  |  |  | Firma y sello del Profesional tratante |
| EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO A MITAD DE TRATAMIENTO:                  Fecha Control Médico: | | |  |  | Firma y sello del Profesional tratante | |
| EVALUACIÓN AL FINALIZAR LAS SESIONES:                  Fecha Control Médico: |  |  |  |  |  | Firma y sello del Profesional tratante |



Nombre y Apellido:…………………………………………..……. CUIL/DNI:…………...……………….. Nº Caso/siniestro:…………...……….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº DE  SESIONES | FECHA | EVOLUCIÓN Y TÉCNICA UTILIZADA | FIRMA DEL PACIENTE | FIRMA DEL KINESIÓLOGO |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| EPICRISIS:    Firma y sello del Profesional tratante |