

 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  |