

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