

Nº de Siniestro

FKT



/T.O.



Apellido y Nombre:

| 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 EVALUACIÓN 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

Apellido y Nombre: _____

| CUIL/DNI: _____

| N° Caso/siniestro: _____

N° 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