

N° 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