



FICHA KINESIOLÓGICA CON CONSENTIMIENTO INFORMADO

PACIENTE

APELLIDO/S Y NOMBRE/S:

DOMICILIO ACTUAL

CALLE:..... N° PISO DPTO LOCALIDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... LUGAR: ESTADO CIVIL:

TIPO DE DOCUMENTO: NÚMERO DE DOCUMENTO:

PROFESIÓN:

PROFESIONAL DERIVANTE: M.P. N°:

FECHA DE LA ORDEN MÉDICA:

OBRA SOCIAL: CARNET N°: COBERTURA:

FECHA DE AUTORIZACIÓN:

DIAGNÓSTICO DE INGRESO:

CONTRAINDICACIONES:.....

ANAMNESIS – ANTECEDENTES PERSONALES:

.....

.....

.....

.....

DETERMINACIÓN DE AGENTES A APLICAR (Art. 14 Ley 10.392):

.....

.....

CANTIDAD DE SESIONES PREVISTAS:

CAMBIO DE TRATAMIENTO:

.....

POR LA PRESENTE Y CON EL CARÁCTER DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, PRESTO CONFORMIDAD PARA QUE EL PROFESIONAL ACTUANTE REALICE LA CANTIDAD DE SESIONES DE LA KINESIOLOGÍA O AQUELLAS QUE CONSIDERE ADECUADO AL CASO, HE SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO Y HE COMPRENDIDO LOS DETALLES Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PROCEDIMIENTOS INDICADOS PRECEDENTEMENTE, SE ME HAN EXPLICADO TODOS LOS POSIBLES RIESGOS Y LOS POSIBLES BENEFICIOS Y ESTOY DE ACUERDO CON LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO PROPUESTO.

FIRMA DEL PACIENTE
Y ACLARACIÓN DE FIRMA

FIRMA FAMILIAR
Y ACLARACIÓN DE FIRMA

FIRMA Y SELLO
DEL PROFESIONAL

FECHAS DE LAS SESIONES:

.....

EVOLUCIÓN - EVALUACIÓN AL EGRESO:

.....

ALTA PROVISORIA SÍ – NO FECHA:

ALTA DEFINITIVA SÍ – NO FECHA: