



CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: _____

Servicio de salud de referencia: Sanidad de Castilla y León (SACYL)

JUSTIFICANTE DE SESIÓN DE FISIOTERAPIA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos	_____
DNI / NIE	_____
Fecha de nacimiento	_____
N.º de historia clínica	_____

DATOS DEL PROFESIONAL Y DEL CENTRO

Nombre y apellidos	_____
N.º de colegiado	_____
Centro o clínica	_____
Localidad	_____

DATOS DE LA SESIÓN

Fecha	_____
Hora	_____
Tipo de tratamiento	_____
N.º de sesión	_____

El/la profesional que suscribe CERTIFICA que el/la paciente arriba indicado/a ha recibido la sesión de fisioterapia o rehabilitación indicada, en la fecha y hora señaladas.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

Fdo.: _____

N.º de colegiado: _____

SELLO DEL CENTRO SANITARIO

(espacio reservado al sello)