



CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: _____

Servicio de salud de referencia: Servicio Extremeño de Salud (SES)

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)