

LOGO DEL CENTRO

CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: _____

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)