



CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: \_\_\_\_\_

Servicio de salud de referencia: Servicio Murciano de Salud (SMS)

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)