

**Parte Asistencial Facturable a Terceros
FISIOTERAPIA**

Centro Sanitario de la Unidad de Fisioterapia del Hospital o del Centro de Salud

Centro Asistencial:

Datos de la Persona Asistida *(En su caso, sustituir por etiqueta identificativa)*

Nombre y Apellidos:

DNI:

Dirección postal:

Teléfono/s:

Correo Electrónico:

HACE CONSTAR que la persona indicada ha sido atendida en esta unidad de Fisioterapia por causa de:

	Accidente de Tráfico		Accidente Laboral		Accidente Deportivo
	Accidente de Caza		Por Festejos Taurinos		Mutua Asistencia Sanitaria Privada
	Accidente animal <i>(perro, caballo, etc.)</i>		Espectáculo Público		Agresión
	Asistencia a personas del Espacio Económico Europeo <i>(Adjuntar fotocopia TSE)</i>				Extranjero

Datos de la Asistencia *(preferiblemente partes mensuales)*

Mes / año de la Asistencia:

Diagnóstico y tratamiento:

Asistencia prestada los días *(especificar relación con las fechas de los tratamientos):*

Número Total de Sesiones en el Periodo:

Observaciones y Otras Pruebas Realizadas:

Firma del/la Fisioterapeuta

Fecha:

Firmado (Nombre y Apellidos) :