

¿HA UTILIZADO TRANSPORTE SANITARIO? SI NO

## TOMA DE DATOS TERCERO OBLIGADO. FISIOTERAPIA

### UNIDAD DE FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL / CENTRO DE SALUD

CENTRO ASISTENCIAL

### DATOS DE LA PERSONA

NOMBRE Y APELLIDOS

DNI

DOMICILIO

TELÉFONO/S

CORREO ELECTRÓNICO

### ORIGEN DEL TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA

ACCIDENTE DE TRÁFICO

ACCIDENTE LABORAL

ACCIDENTE DEPORTIVO

ACCIDENTE DE CAZA

FESTEJOS TAURINOS

MUTUALISTA (COMPAÑÍA PRIVADA)

ACCIDENTE ANIMAL

AGRESIÓN

ESPECTÁCULO PÚBLICO

COMUNITARIO CON TSE (Tarjeta Sanitaria Europea)

SIN SEGURO/PRIVADO

EXTRANJERO O COMUNITARIO SIN TSE (Tarjeta Sanitaria Europea)

### DATOS DE LA ASISTENCIA (Preferiblemente partes mensuales)

FECHA ACCIDENTE / ASISTENCIA

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 Fisioterapeuta

Fecha:

Espacio para firma digital (opcional)  
Descargar el documento antes de firmar

(Nombre y Apellidos):

Versión febrero 2026