INFORME PARA LA ASEGURADORA

Tratamiento de fisioterapia tras accidente de tráfico

Plantilla rellenable · haz clic en cada recuadro y escribe

Nº DE SINIESTRO	ASEGURADORA	FECHA DEL INFORME

1. DATOS DEL CASO

Campo	Dato
Paciente	
DNI / NIE	
Edad	
Fecha del accidente	
Tipo de accidente	
Autorización del paciente	

2. LESIÓN Y MOTIVO DEL TRATAMIENTO

3. SESIONES REALIZADAS

Periodo	Nº de sesiones
Total	

4. EVOLUCIÓN

Prueba	Inicio	Actual
Dolor (EVA 0-10)		

5. SITUACIÓN ACTUAL Y PREVISIÓN

Firma del fisioterapeuta

Sello de la clínica

Fisioterapeuta: · Nº de colegiado: · Fecha:

Documento confidencial con datos de salud. Uso exclusivo del paciente o del destinatario autorizado.