**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE URGENCIAS IMPRESCINDIBLES E INEXCUSABLES DE FISIOTERAPIA EN LA CRISIS SANITARIA DEL COVID-19, COMPLEMENTARIO AL CONSENTIMIENTO ESPECÍFICO DE LA TÉCNICA DE FISIOTERAPIA APLICADA**

El Sr./Sra.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por la presente solicita del fisioterapeuta colegiado/a Sr./Sra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la prestación de sus servicios profesionales sanitarios, entendiendo que se encuentra en una situación que requiere sus servicios de forma urgente y que, a criterio del facultativo, es así, dado que el paciente podría tener una evolución desfavorable si se demora su tratamiento. (OPCIONAL. Describir el tratamiento, aunque no se recomienda a menos que realmente sea un claro caso de urgencia).

Dada la situación de alarma decretada por el gobierno del estado en el marco de la crisis sanitaria del COVID-19, el Sr./Sra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ es consciente de que se adoptarán las medidas de prevención de contagio de la enfermedad y de seguridad e higiene personales para poder mantener contacto con el profesional sanitario. Además, manifiesta que ha facilitado al fisioterapeuta toda la información sobre su estado actual de salud, sobre todo en lo que se refiere a no tener ningún tipo de síntoma o sospecha de estar afectado por la infección del COVID-19.

El fisioterapeuta Sr./Sra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ha tomado todas las medidas exigibles para prevenir todo tipo de contagios y así lo constata el/la paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de forma que le exonera de cualquier tipo de consecuencia que se pueda derivar del tratamiento asistencial, siempre que no sean fruto de la mala praxis profesional. El paciente es conocedor del alto riesgo de contagio por la propia naturaleza de los tratamientos fisioterapéuticos, dado que implican un contacto directo y cercano con el paciente y no se puede garantizar un riesgo nulo de transmisión, aun usando todos los medios de protección disponibles.

Y para que así conste, y en prueba de conformidad y de haber entendido la información facilitada por el fisioterapeuta y habiendo aclarado las dudas que le he planteado, firma el presente documento en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en la fecha de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_