**CONSENTIMENT INFORMAT PER A TRACTAMENTS DE FISIOTERÀPIA EN LA CRISI SANITÀRIA DE LA COVID-19, COMPLEMENTARI AL CONSENTIMENT ESPECÍFIC DE LA TÈCNICA DE FISIOTERÀPIA APLICADA**

El Sr./Sra.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , amb DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per la present sol·licita del fisioterapeuta col·legiat/da Sr./Sra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la prestació dels seus serveis professionals sanitaris. (OPCIONAL. Descriure el tractament, tot i que no es recomana llevat que realment sigui un cas clar d’urgència).

Atesa la situació d'alarma decretada pel govern de l'estat en el marc de la crisi sanitària de la Covid-19, el Sr./Sra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ és conscient que s'han d'adoptar les mesures de prevenció de contagi de la malaltia i de seguretat i higiene personals per poder mantenir contacte amb el professional sanitari. A més, manifesta que ha facilitat al fisioterapeuta tota la informació sobre el seu estat actual de salut, sobretot pel que fa referència a no tenir cap mena de símptoma o sospita d’estar afectat per la infecció de la Covid-19.

El fisioterapeuta Sr./Sra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha pres totes les mesures exigibles per prevenir tota mena de contagis i així ho constata el/la pacient \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , de forma que l'exonera de qualsevol mena de conseqüència que es pugui derivar del tractament assistencial, sempre que no siguin fruit de la mala praxi professional. El pacient és coneixedor de l’alt risc de contagi per la pròpia naturalesa dels tractaments fisioterapèutics, atès que impliquen un contacte directe i proper amb el pacient i no es pot garantir un risc nul de transmissió, tot i usar tots el mitjans de protecció disponibles.

I perquè així consti, i en prova de conformitat i d’haver entès la informació facilitada pel fisioterapeuta i havent aclarit els dubtes que li he plantejat, signa el present document a  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a la data de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_