

## SALVOCONDUCTO PARA PACIENTES

D./Dña. \_\_\_\_\_, con nº de colegiado/a \_\_\_\_\_,  
y DNI \_\_\_\_\_, en su calidad de representante de la entidad  
\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_  
C/ \_\_\_\_\_, número \_\_\_\_\_, CP \_\_\_\_\_ CIF/NIF  
\_\_\_\_\_ y con **Registro Sanitario nº** \_\_\_\_\_

### CERTIFICA:

Que el paciente \_\_\_\_\_, y DNI \_\_\_\_\_  
acude a este centro de Fisioterapia, por lo que debe desplazarse desde su domicilio hasta dicho  
centro, así como el correspondiente desplazamiento de retorno, para tratamiento fisioterápico  
consistente en:

Urgencia

Necesaria para resolver problemas de salud que puedan tener una evolución  
desfavorable si se demora su tratamiento.

Todo ello de conformidad con la normativa vigente por la que se adoptan medidas específicas  
temporales y excepcionales por razón de salud pública para la contención del COVID-19 en la  
Comunidad de Madrid.

Dicho paciente tiene programada una cita en la siguiente fecha y horario:

\_\_\_\_\_

Y para que surta los efectos indicados y demás oportunos, firmo el presente en  
\_\_\_\_\_, el día \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Fdo.: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_