

JUSTIFICANTE MÉDICO DE REHABILITACIÓN FISIÁTRICA

Fecha: xxx xxx xxx

Nombre del paciente: xxx xxx xxx

DNI: xxxx xxx xxx

El presente documento se emite a los efectos oportunos debido a que el paciente xxx xxx xxx ha sido diagnosticado con una afección musculoesquelética que requiere tratamiento de rehabilitación fisiátrica.

El tratamiento recomendado consiste en (número de sesiones recomendadas) sesiones, con una frecuencia de (frecuencia recomendada) sesiones por semana, y cada sesión tendrá una duración de (duración recomendada) minutos.

Se solicita que se permita al paciente el tiempo necesario para completar el programa de rehabilitación fisiátrica recomendado sin penalización en su lugar de trabajo.

Y para que así conste, a petición de D/D^a

Se expide el siguiente justificante en xxxx xxxx xxx.

Atentamente,

(Nombre y apellidos del fisiatra)

(Especialidad del fisiatra)

(Número de registro médico del fisiatra)

(Firma /sello)