



**CONSENTIMENT INFORMAT PER A TRACTAMENTS DE FISIOTERÀPIA, PODOLOGIA O LOGOPÈDIA, EN LA CRISI SANITÀRIA DE LA COVID-19.**

El Sr./Sra. \_\_\_\_\_, amb DNI \_\_\_\_\_, per la present sol·licita del fisioterapeuta/podòleg o logopeda col·legiat/da Sr./Sra. \_\_\_\_\_, la prestació dels seus serveis professionals sanitaris.

Atesa la situació d'alarma decretada pel govern de l'estat en el marc de la crisi sanitària de la Covid-19, el signant 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 professional, 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 professional anomenat ha pres totes les mesures exigibles per prevenir tota mena de contagis i així ho constata el/la pacient signant, 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 del risc de contagi per la pròpia naturalesa dels tractaments, atès que impliquen un contacte proper amb el pacient i no es pot garantir un risc nul de transmissió, tot i usar tots els mitjans de protecció disponibles.

I perquè així consti, i en prova de conformitat i d'haver entès la informació facilitada i havent aclarit els dubtes que li he plantejat, signa el present document a Manresa, a la data de \_\_\_\_\_ de 2020.

Signatura: