

**Club Balonmano S.S. de los Reyes**

Av. de la Sierra, 20, CP 28701,

**San Sebastián de los Reyes, Madrid**



**BMS**

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO FISIOTERAPIA**

Os informamos que el club balonmano S.S. de los Reyes cuentan en su area de salud con fisioterapeutas titulados. Su presencia obedece a una finalidad terapéutica , recuperadora o regeneradora, para mejorar el bienestar, rendimiento y afrontamiento en la práctica deportiva de sus jugadores.

A través de este consentimiento ,autorizais como jugador o tutor a que vuestro hijo/a pueda ser atendido y tratados por los fisioterapeutas presentes en la actividad del club,siempre y cuando el jugador este de acuerdo en recibirlo y el tratamiento o atención este justificada.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTE**

D/Dña ..... con DNI ..... He leído la información que ha sido explicada en cuanto al consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi examen, valoración y tratamiento. Firmando abajo consiento que se me aplique el tratamiento que se me ha explicado de forma suficiente y comprensible. Entiendo que tengo el derecho de rehusar parte o todo el tratamiento en cualquier momento. Entiendo mi plan de tratamiento y consiento en ser tratado por un fisioterapeuta colegiado. Y entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento del tratamiento. Declaro haber facilitado de manera leal y verdadera los datos sobre estado físico y salud de mi persona que pudiera afectar a los tratamientos que se me van a realizar. Asimismo decido, dentro de las opciones clínicas disponibles, dar mi conformidad, libre, voluntaria y consciente a los tratamientos que se me han informado.

En ....., ..... de ..... de .....

Firma:

### **AUTORIZACIÓN DEL FAMILIAR O TUTOR (Jugadores menores de 18 años)**

Ante la imposibilidad de D/Dña ..... con DNI ..... de prestar autorización para los tratamientos fisioterapéuticos en el presente documento de forma libre, voluntaria, y consciente. D/Dña ..... con DNI ..... En calidad de (padre, madre, tutor legal, familiar, allegado, cuidador), decido, dar mi conformidad libre, voluntaria y consciente para que el jugador/a pueda recibir tratamiento por los fisioterapeutas del club durante la temporada 2024/2025.

En ....., ..... de ..... de .....

Firma:

**Club Balonmano S.S. de los Reyes**  
Av. de la Sierra, 20, CP 28701,  
**San Sebastián de los Reyes, Madrid**



**BMS**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO FISIOTERAPIA**