



HELMÁNTICA DE GESTIÓN

C/ SAGASTA, 5 - 1º EXT. IZQDA.

28004 MADRID

TELF.: 91 5360313

FAX: 91 5546241

EMAIL: sanitario2@helmanticadegestion.es



CERTIFICADO DE ACCIDENTE DEPORTIVO

DATOS DEL ACCIDENTADO:

TOMADOR	FEDERACIÓN CANARIA DE MONTAÑISMO POLIZA Nº 201400330 - MILLENNIUM
APELLIDOS Y NOMBRE	
D.N.I.	
DOMICILIO	
POBLACIÓN	
PROVINCIA	
TELÉFONO CONTACTO	
CLUB DEPORTIVO	

DATOS DE ACCIDENTE:

LUGAR DE OCURRENCIA	
MECANISMO DE PRODUCCIÓN Detalle claramente cómo se produjo el mismo	
FECHA DE ACCIDENTE	
¿CAUSA BAJA DEPORTIVA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA BAJA DEPORTIVA:
DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES	
FECHA DE LA PRIMERA ASISTENCIA SANITARIA	
MÉDICO O CENTRO QUE EFECTUA LA PRIMERA CURA	
CENTRO DONDE SE REALIZARÁ TRATAMIENTO DEFINITIVO:	

INFORME MÉDICO

DIAGNOSTICO PROVISIONAL	
TRATAMIENTO INSTAURADO	
¿PUEDE EL LESIONADO CONTINUAR SU PRÁCTICA DEPORTIVA?	
TIEMPO PROBABLE DE CURACIÓN:	

Fecha:

Firma del Deportista

Firma y Sello de la Federación o Club

NOTA: En caso de necesitar asistencia médica es **OBLIGATORIO** la presentación de este CERTIFICADO perfectamente cumplimentado. Dicho certificado deberá de ser enviado obligatoriamente junto con la correspondiente factura para poder proceder a su abono a la Compañía.

El lesionado autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente en este parte y la utilización de los mismos para el fin

ESTA HOJA DEBERÁ DE SER CUMPLIMENTADA PARA SOLICITAR AUTORIZACIÓN A LA COMPAÑÍA EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- 1) INTERVENCIONES QUIRURGICAS.
- 2) REALIZACIÓN DE PRUEBAS ESPECIALES(RESONANCIAS MAGNÉTICAS, TAC) .
- 3) CUANDO SEA NECESARIO TRATAMIENTO DE REHABILITACION.

Y ENVIADO AL FAX ; (91) 554.62.41 PARA SOLICITAR AUTORIZACIÓN, JUNTO CON EL CERTIFICADO DE ACCIDENTE.

INFORME MÉDICO

DIAGNOSTICO:

TRATAMIENTO ACTUAL: VENDAJE FERULA YESO SUTURA
 OTROS:

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: RX R.N.N T.A.C ECO
 OTRAS:

TRATAMIENTOS POSTERIORES: RHB N. SESIONES ESTIMADAS:
 INTERVENCION NINGUNO
 OTROS Especifique cuales:.....

¿ CAUSA BAJA DEPORTIVA? SI NO . DIAS DE BAJA ESTIMADA:

¿ CONCORRE ALGUNA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTERIOR QUE TENGA QUE VER CON LA LESIÓN ACTUAL? SI NO ESPECIFIQUE CUAL:

PRESUPUESTO INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

INTERVENCIÓN A PRACTICAR:

CENTRO SANITARIO : NOMBRE CENTRO:
 NOMBRE CIRUJANO:
 TELÉFONO:
 FAX:

HONORARIOS MÉDICOS:	
HONORARIOS AYUDANTES:	
HONORARIOS ANESTESISTA:	
GASTOS CLÍNICA:	
* Pruebas Pre-operatorias	
* Estancia en habitación	
* Derechos Quirófano	
* Medicación y Material desechable	
OTROS GASTOS (Especifique cuales)	
TOTAL:	