

# HELMANTICA DE GESTION

C/ SAGASTA, 5 – 1º EXT. IZDA.

28004 MADRID

TFNO. 91.536.03.13

FAX. 91.554.62.41

## CERTIFICADO DE ACCIDENTE DEPORTIVO N°:

### DATOS DEL ACCIDENTADO:

N. POLIZA: BGDK036084	TOMADOR: FEDERACION CANARIA DE BALONMANO
APELLIDOS Y NOMBRE:	
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 del Club o Federación

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 propio del objeto del contrato de seguro, valoración de los daños, cuantificación y pago de la indemnización. Dichos datos serán cedidos exclusivamente a aquellas personas que intervengan en las actividades señaladas así como al tomador de la póliza, todo de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1.999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

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: .....

¿CONCURRE 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)	
<b>TOTAL:</b>	