

CERTIFICADO DE ACCIDENTE DEPORTIVO

Para recibir asistencia será obligatoria la presentación de este Certificado en el Centro Médico **concertado**, cumplimentado en todos los apartados, sellado y fechado por la Federación/Club

DATOS DEL ACCIDENTADO

FEDERACION		Nº Póliza	
Club Deportivo		Teléfono	
Nombre / Apellidos Lesionado			
Domicilio			
Población / Provincia			
Teléfono/s de contacto		Edad	
Fecha de alta en la federación	_ _ / _ _ / _ _	Nº de licencia federativa (1)	

(1) - Si la licencia es de 1 día, se consignará la Denominación de la prueba y su fecha y lugar de celebración.

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente	_ _ / _ _ / _ _	Fecha de la 1ª Asistencia	_ _ / _ _ / _ _
---------------------	-----------------	---------------------------	-----------------

El accidentado tiene un plazo máximo de 7 días a partir de la fecha de ocurrencia para la comunicación del siniestro y envío de este certificado a Cisne Aseguradora.

Actividad en la que se produjo el accidente	<input type="checkbox"/> Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Competición
Detallar claramente cómo se produjo el accidente:		
Descripción de las lesiones:		
Médico ó Centro que efectúa la 1ª asistencia (2)		

(2) - Únicamente para casos de **URGENCIA VITAL**, el lesionado podrá recibir asistencia sanitaria en el Centro Médico más próximo al lugar del accidente. Superada esta 1ª asistencia de urgencia, el lesionado tendrá un plazo máximo 24 horas para comunicar a Cisne Aseguradora su ingreso de tal forma que Cisne Aseguradora pueda tramitar su traslado a un Centro Concertado y continuar su tratamiento.

La no cumplimentación de los apartados de este Certificado originará la inmediata devolución al Lesionado para su subsanación.

Sello y Firma del Club / Federación Fecha:	Firma del Deportista Fecha:
---	--

DATOS MÉDICOS

Diagnóstico Provisional	
Exploración	
Tratamiento realizado	
Continuidad de tratamiento	

Sello y Firma del Facultativo Fecha:	CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO. En caso de que tras la 1ª asistencia el deportista precisara Ingreso, estudios diagnósticos complementarios, Rehabilitación o Intervención Quirúrgica, se deberá solicitar AUTORIZACIÓN por Fax al Nº. 91-702.19.88 adjuntando: CERTIFICADO DE ACC. DEPORTIVO e INFORME MÉDICO detallado que incluya diagnóstico, mecanismo de producción de la lesión, tratamiento o prueba solicitada y motivo de la solicitud, fechado y firmado por el facultativo.
---	--